

**Special Report on
French Language Health Services
Planning in Ontario, 2009**



To reach the Office of the French Language Services Commissioner:

Toll-free: 1-866-246-5262

Toronto Area: 416-314-8013

TTY (teletypewriter): 416-314-0760

Fax: 416-314-8331

E-mail: flsc-csf@ontario.ca

This document is also available in its original PDF format on our Website at www.flsc.gov.on.ca in the "Publications" section.

Printed copies are available free of charge:

By mail: Office of the French Language Services Commissioner
700 Bay Street, Suite 2401
Toronto ON M7A 2H8

By email: flsc-csf@ontario.ca



© Queen's Printer for Ontario, 2009

ISBN 978-1-4249-8518-0 (Print)

ISBN 978-1-4249-8519-7 (HTML)

ISBN 978-1-4249-8520-3 (PDF)

May, 2009

The Honourable Madeleine Meilleur
Minister of Community and Social Services
Minister Responsible for Francophone Affairs

Hepburn Block
6th Floor
80 Grosvenor Street
Toronto ON M7A 1E9

Dear Minister,

Pursuant to section 12.5 (2) of the *French Language Services Act*, I hereby submit to you the Special Report on French Language Health Services Planning in Ontario by the French Language Services Commissioner, so that you may table it in the Legislative Assembly.

1

Yours respectfully,



François Boileau
French Language Services Commissioner of Ontario

TABLE OF CONTENTS

SUMMARY	3
RECOMMENDATIONS	4
FOREWORD	5
INTRODUCTION	6
CHAPTER 1 – A Partner Community	7
1.1 Portrait of a Community and its Needs	7
1.1.1 Characteristics of Francophones	7
1.1.2 Myths	8
1.2 Inadequate Access to Services	8
1.2.1 Lack of Human Resources	9
1.2.2 Active Offer	10
1.3 A Partner Community	11
1.3.1 Community Health Centres as an Example	11
1.3.2 French Language Health Networks as an Example	12
CONCLUSIONS	12
RECOMMENDATIONS	12
CHAPTER 2 – Obligations and Opportunities	13
2.1 General Principles	13
2.1.1 The <i>French Language Services Act</i> and Health Care	14
2.1.2 Partially and Fully Designated Health Care Agencies	14
2.1.2.1 Obligations that Come with Designation or Being Identified	15
2.2 Key Players	15
2.2.1 Role of the Ministries	15
2.2.2 The Local Health Integration Networks (LHINs)	16
2.2.3 Proposed Regulation on the Engagement of the Francophone Community	17
2.2.3.1 Central Concerns over the Proposed Regulation	17
CONCLUSIONS	18
RECOMMENDATION	18
CHAPTER 3 – Planning and Governance	19
3.1 Liaison Between Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) and the LHINs	19
3.1.1 Creation and Role of the LHIN Liaison Branch	19
3.1.2 Accountability	20
3.1.3 Evaluation of Performance	21
3.2 Links between the MOHLTC and Ontario's Francophone Community	22
3.2.1 Importance of Data to the Planning Process	22
3.3 Links between the LHINs and the Francophone Communities	23
3.4 The French Language Services Coordinators	23
CONCLUSION	24
RECOMMENDATIONS	24
CHAPTER 4 – Complaints about French Language Health Services	25
4.1 Value of the Complaint Process	25
4.2 Filing a Complaint	25
4.2.1 Health Institutions (Service Providers)	25
4.2.2 LHINs and Ministries	26
4.2.3 Office of the French Language Services Commissioner	26
CONCLUSION	26
RECOMMENDATIONS	26
CONCLUSION – Consequences of Not Taking Action	27
LIST OF ACRONYMS	28

SUMMARY

In this special report, the Commissioner explains the importance of integrating French services into health care planning in Ontario. Throughout this report, the Commissioner identifies the obligations and responsibilities of the key players in the health care system with respect to the delivery of French health services. Supporting and illustrating his remarks are comments and anecdotes from the Francophone community. He then presents his conclusions and recommendations.

Chapter One contains an overview of Ontario's Francophone population. In this overview, the Commissioner explains that the Francophone population has specific needs and characteristics that differ from those of the rest of the population, where health is concerned. The lack of human resources and the persistent myth that all Francophones are bilingual pose a number of challenges. For this reason, the Commissioner insists on the importance of taking into consideration structures that already exist in the health system and in the community and recognizing these structures as partners in the planning of services.

The Commissioner's message in this regard is clear: make the Francophone community and its organizations true partners in the planning of French health care and use these organizations, which actively offer services that have been adapted to a community with distinctive needs, as models.

Chapter Two continues in this vein. By planning on the basis of the needs of Francophone individuals and communities, the government will be able to meet its obligations under the *French Language Services Act (FLSA)* and the *Local Health System Integration Act, 2006 (LHSIA)*. In this chapter, the Commissioner sets out the roles and responsibilities of the ministries and the Local Health Integration Networks (LHINs) with respect to planning French language health services.

Because the LHINs are government agencies within the meaning of the *FLSA*, they must engage the Francophone community in the development of their health service plans if they work within designated areas. For this reason, the Commissioner has recommended at the conclusion of Chapter Two, that the proposed regulation on the engagement of the Francophone community be amended to include true planning entities, as provided for in the *LHSIA*.

In Chapter Three, the Commissioner begins with the responsibilities of the LHINs vis-à-vis these planning entities. He recommends adding a French Language Services Coordinator to each LHIN. This would ensure that the activities of the French language health planning entities are followed up, and would make each LHIN accountable for its administrative decisions. The LHINs must justify the decisions they make and the actions they take – or fail to take – to the Francophone communities they serve. A process of accountability must be established to ensure that the health system meets its obligations to offer high-quality French health services.

In Chapter Four, the Commissioner recommends that clear guidelines be provided for a complaint procedure in the event of a lack of access to, or a lack of quality of, a French language health service. The public is entitled to high-quality French services from care providers and agencies in the health system, whether these are hospitals, health centres or LHINs. If such services are not available, there must be an easy way to file a complaint. This process must be clearly indicated and explained and simple to follow.

Ontario's health system is based on principles of quality of service and the Commissioner expects these principles to be also applied to the accessibility of its services. Access to high-quality health services in French is not a separate issue; it must be treated as a factor that has a direct impact on the health of Francophones. After all, members of the public benefit from receiving services in their own language and one such benefit is improved health.

The Commissioner concludes his special report with the consequences of failing to take action, making the point that the health of the Francophone population is at stake. His eight recommendations are based on this premise.

RECOMMENDATIONS

RECOMMENDATION 1

The Commissioner recommends that, in the development and implementation of their health policies and social policies designed to improve the health of the population, the ministries and officials in the health care system take the defining characteristics of the Francophone community into account.

RECOMMENDATION 2

The Commissioner recommends that the government and officials in the health system make access to French language health services a factor in the system's quality of service, efficacy and efficiency.

RECOMMENDATION 3

The Commissioner recommends that the government develop and implement specific strategies, while involving the Francophone community, to promote the training, identification, recruitment, retention and mobilization of Francophone health human resources.

RECOMMENDATION 4

The Commissioner recommends that the Minister of Health and Long-Term Care amend the proposed regulation to make it consistent with the wording of the LHSIA and to ensure that it provides for true French language health planning entities for each LHIN or group of LHINs.

RECOMMENDATION 5

The Commissioner recommends that principles of governance be developed in partnership with the Francophone community and that they be made public and submitted to a public consultation.

RECOMMENDATION 6

The Commissioner recommends that greater emphasis be placed on identifying the specific needs of the Francophone population and that the performance measures and the results be validated by the target population and evaluated by an independent entity.

RECOMMENDATION 7

The Commissioner recommends that the LHINs' organizational structures be modified in order to provide for the addition of a French-language services coordinator position within each LHIN. This position must be filled by a senior manager.

RECOMMENDATION 8

The Commissioner recommends to the government that clear guidelines be issued to the LHINs about establishing a complaint procedure, as part of the accountability and performance evaluation measures, that is clear and easy-to-follow by any member of the public who feels that a service provider failed to provide adequate access to French language services or that the quality of such services was deficient.

FOREWORD

During my student years, I had the privilege of working as an orderly in various hospitals. In the midst of the suffering, pain and death, I witnessed the empathy, courage, self-sacrifice and strength of character of the health care staff. I can assure you that I have the greatest respect for anyone who works in the health care field, in any capacity. Working in conditions that are not always ideal and contending with complex systems, health care professionals and the volunteers who work by their side represent, in my estimation, humanity in its noblest expression.

Since my appointment as French Language Services Commissioner, the issue of French language health services has been raised many times. I am very aware of the concerns of Francophone citizens over access to high-quality French language health services. I am well aware that, when you are sick, you feel vulnerable and not in full command of your resources. Having to describe your symptoms in another language exacerbates this feeling of vulnerability. After all, we first learn to say what we feel and seek comfort on our mother's lap. I am therefore aware that, although many Franco-Ontarians are bilingual, they want health services in French.

I have heard from the Francophone community that it is not prepared to accept compromises on the quality of the health services on offer and that it wants to help find ways to improve access to care, quality of care, and the health of its members.

I also acknowledge that officials in the health care system clearly want to improve service access and quality for all Ontarians. It is against this background that I address the Francophone community and health system players in this special report and put down my observations and recommendations.

I hope that this report will also help health care officials to understand, and assume, more fully their obligations with respect to French health services. It is important for several new players, including the Local Health Integration Networks (LHINs), that they clearly understand their responsibilities in the area of French health services. After the proposed regulation on Francophone community engagement under the *Local Health System Integration Act*, 2006, was tabled in September 2008, I came to realize that the issues surrounding the planning of French language health services were not clearly understood. The time to correct this is now and that is why action is urgently needed.

Lastly, I applaud all of the efforts being made to improve French language health services access and quality in the province. It is my fervent hope that Francophones will see themselves reflected in the health care system and that they will feel welcome, understood and confident that the system will provide them with the services they need.

INTRODUCTION

Over half of Ontario's Francophones believe that being offered French language health services by the provincial government is important.¹ Serving a total population of close to 13 million, the Ontario government faces the almost impossible task of offering high-quality health care on a daily basis. And yet, day after day and night after night, thousands of health care workers² take on this monumental task, which requires massive human and financial resources.

"A French-speaking patient was prescribed a "nitro pump" by his English-speaking cardiologist for his heart problems. When the patient returned to the clinic for a follow-up visit, the nurse practitioner realized that, because of his limited ability to understand and speak English, he had not grasped how to use the pump. He thought that he had been given a ventilator, and was using it only when he really needed to. If he had not returned as quickly as he did to the French health care centre for his follow-up appointment, there could have been very serious consequences for his health."

— **JOCELYNE MAXWELL**, Executive Director
Centre de santé communautaire du Témiskaming

Since the adoption of the *French Language Services Act* (FLSA)³ in 1986, Ontarians have had the right to expect high-quality services in French from the health care system. It is important to remember that, 20 years ago, Franco-Ontarians were rather preoccupied with another sector that has always been critical to the survival of the Francophone community: education.

And then came an event that reminded Francophones across Ontario – indeed across Canada – that health was just as essential to the development of the community as education. When the provincial government of the day tried to shut down⁴ Montfort Hospital in 1997, the only French language hospital west of Quebec, there was an outcry.

Francophones in this province became aware of both their strength as a community and their vulnerability as individuals. They knew that they were not going to demand service in French when they were at their most vulnerable – as patients in the health care system.

Realizing that perfection was not of this world and that it was pointless to strive for a guarantee of a fully-bilingual health care labour force, Ontario's Francophone community took charge of its own destiny. It became mobilized. It set priorities. It created its own health networks.⁵ In the process, it demonstrated that, with proper effort and planning, the health care system can function efficiently and effectively in French.

¹ Corbeil, Jean-Pierre, Claude Grenier, and Sylvie A. Lafrenière. *Minorities Speak Up: Results of the Survey of the Vitality of Official-Language Minorities*, 2006. Ottawa: Statistics Canada, 2007, p.49.

² Last January, Statistics Canada published Labour Force Information. In these times of economic uncertainty, the only sector to post notable gains was the health care sector. In one year, health care and social assistance recorded the highest gains of any sector of activity, i.e. 5.1% (+95,000), as a result of increases in social assistance, nursing and residential care, and hospitals. To find out more, visit the Statistics Canada Website at: <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-001-x/71-001-x2009001-eng.pdf>

³ *French Language Services Act*, R.S.O. 1990, c. F.32. This Act came into full force in 1989.

⁴ According to the first report of the *Commission de restructuration des services de santé* in February 1997, the initial recommendation called for the complete closure of Montfort Hospital. See *Lalonde v. Ontario (Commission de restructuration des services de santé)* (2001), 56 O.R. (3d) 577, [29-30].

⁵ The French Language Health Services Network of Eastern Ontario was created with a specific mandate from the Ministry of Health and Long-Term Care and the three others were created further to a federal initiative.

A Partner Community

1.1 Portrait of a Community and its Needs

Close to 600,000 Francophones live in Ontario. Although efforts have been made to identify the defining characteristics of this community, much work remains to be done to improve its health and well-being and to achieve a level of health and quality of life that is comparable to that of the general Ontario population.⁸ One determining factor in the improvement of a community's health and welfare is its ability to take charge of its own development. For this to happen, it must be involved in planning and governing its own local health services. Where health is concerned, the Francophone community has characteristics and needs that differ from those of the general population. As was concluded in the *Second Report on the Health of Francophones in Ontario*, published by the *Institut franco-ontarien* and the Sudbury & District Health Unit in 2005, these differences must be recognized when planning health policies and services.⁹ As set out in the *Local Health System Integration Act*, 2006 (LHSIA), the Local Health Integration Networks (LHINs) and the French language health planning entities must identify these needs and respond with services that are adapted to the needs of the Francophone population.

1.1.1 Characteristics of Francophones

Recent Statistics Canada data⁸ provide an indication of what Ontario's Francophones think about the French health services they are offered:

- 31% of Ontario's Francophone adults report that they speak French with their family physician;
- 20% of Ontario's Francophone adults report that they use French when availing themselves of health services in a location other than their family physician's office;
- 76% of Francophone adults in Southeastern Ontario consider that receiving health services in French is very important or important (this percentage is 65% in Ottawa and 58% in Northeastern Ontario).

The Ontario Public Health Standards recognize that language and culture are determinants of health, on a par with income and social status, education and literacy, biological and genetic predisposition, gender, social support networks, employment and working conditions, and health-related lifestyle.

Linguistic and cultural¹⁰ barriers have many negative effects on the quality of the services and the efficacy and efficiency of the health system. These barriers reduce recourse to preventive services and affect the quality of services that require effective communication. They increase consultation times, the number of diagnostic tests ordered, and the probability of diagnostic and treatment errors. Linguistic and cultural barriers also reduce the probability of compliance with treatment and users' satisfaction with the care and services they receive.¹¹

Tom is an eight-year-old Francophone living in Eastern Ontario. He has serous otitis media and periodically needs day surgery to have tubes put in his ears.

Tom was only 4 years old when he underwent this surgery in 2005. At the time, his mother made sure that the entire medical team knew that her son spoke French and might speak to them in French, even though he understood a bit of English. She also translated everything that the doctor said about the surgery into French for her son. She reassured him and told him what was going to happen.

When the surgery was over, Tom opened his eyes in the recovery room and, quite naturally, asked in French for his mother, who was in the waiting room. The nurse did not understand French and saw that he was becoming agitated, but was unable to understand what he was saying. Even though he was perfectly fine, she administered a sedative and Tom went back to sleep.

Time passed and Tom's mother became worried. When she asked the nurse what was happening, she was told that her son had been babbling incoherently and that they had concluded that he was showing signs of post-operative confusion.

⁸ Picard, Louise and Gratien Allaire (Eds.), *Second Report on the Health of Francophones in Ontario*. Sudbury: Sudbury & District Health Unit and Institut franco-ontarien, 2005. Available online at: <http://www.sdu.com/uploads/content/listings/secondreporthealthoffrancophonesON2005wcover.pdf> (document consulted in March 2009).

⁹ Ibid.

¹⁰ Corbeil, Grenier et Lafrenière, op. cit., pp. 45 and 48.

¹¹ Income, employment, education, security, housing, food, the economy, and reliable resources are also determinants of the health of a community. For

more information, visit the Ontario Public Health Standards Website at: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/index.html (page consulted in March 2009).

¹² Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities. *Report to the Federal Minister of Health: Towards a New Leadership for the Improvement of Health Services in French*. Ottawa, February 2007. Available online at: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpb-dgps/pdf/olcldb-baclo/cccfsm/2007-cccfsm/2007-cccfsm-eng.pdf (page consulted in March 2009).

Tom's mother was angry. Her son was not incoherent when he woke up; he was speaking French. In spite of her insistence before the surgery, no one recognized that Tom was speaking French and was simply asking for his mother. Surgery that took less than an hour turned into a day-long ordeal for this four-year-old.

Now, some years later, Tom's parents reiterate that Francophone patients must remain vigilant where their health needs and health care are concerned. This experience undermined their confidence in the health care system and strengthened their resolve to ask for French services in the future.

1.1.2 Myths

On a more basic level, there are misconceptions and even persistent myths. One such myth is that Francophones in Ontario are completely bilingual and don't really need French health services. Another myth is that language isn't all that important when you need health care. Anyway, why should the French language be treated differently from any of the hundreds of other languages spoken in Ontario?

This issue of the relevance of French when the province has hundreds of other languages is often raised. French has special status in Ontario under the Constitution and a number of provincial statutes. French also has special status by virtue of the contributions that Francophones have made in the past and continue to make today to the fabric of Ontario society. Rights entrenched in the FLSA are not special privileges accorded Francophones. Over the last centuries, the latter have fought long and hard, with courage, determination and conviction, to gain political and legislative recognition of their rights.

Furthermore, there is often a tendency to forget that French is a *langue d'accueil* or second language for many newcomers.¹¹ These myths persist and we must fight hard to dispel them.

"An 80-year-old woman went to a walk-in clinic because she wasn't feeling well. She was given a prescription. She started taking the medication, even though she didn't understand it or the dosage, which was written in English. After one week, she did not feel well at all and came to our community health centre. Our staff explained the effects of her medication and the importance of taking it as prescribed. Our medical staff adjusted the dosage because there was a risk that it would make her situation worse. The medication could have harmed her instead of helped her."

— MARC BISSON, Executive Director
Centre de santé communautaire de l'Estrie

It simply is not true that all Ontario Francophones are bilingual and therefore do not really need French language services. **Patients are not going to insist on being heard, understood or cared for in French when they are at their most vulnerable and legitimately preoccupied with their health.** Clearly, whether we are talking about the health care of unilingual Francophones from here or elsewhere, very young children, patients with mental health problems or the elderly, the need for French language health services can be found everywhere.

1.2 Inadequate Access to Services

A study conducted by the *Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA)* [Federation of Francophone and Acadian Communities of Canada] and commissioned by Health Canada's Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities (CCFSMC) concluded that:

"... access to health care services in French for Franco-Ontarians is severely lacking in hospital services, community health centres, medical clinics, and home care: these four sectors cover most health care services available in Ontario.

Hospital emergency services are often the key entry point to the health care system, yet three-quarters of Franco-Ontarians are denied such access in their language.

[...] 74% of Franco-Ontarians said they have either no access at all or rarely access to hospital services in French. In fact, only 12% claimed that they could access hospital services in French at all times.

- 47% have no access at all to an emergency access centre (other than hospital emergencies) in French;
- 59% have no or rare access to seniors' home services in French;
- 77% have no or rare access to alcohol treatment centres in French;
- 66% have no or rare access to drug addiction centres in French;
- 66% have no or rare access to crisis lodging centres in domestic violence cases in French; and
- 53% have no or rare access to mental health services (excluding psychiatric hospitals) in French."¹²

¹¹ According to the Office of Francophone Affairs, in 2001, 58,520 Francophones in Ontario were members of a visible minority, i.e., a 41.9% increase between 1996 and 2001.

¹² Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. French Language Health Services

Working Group. Health Care Services for Franco-Ontarians: A roadmap to better accessibility and accountability. October 2005. Available online at: http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/flhs_o6/flhs_o6.pdf (page consulted in March 2009).

More recently, Ontario's four French-language health networks made similar observations in 2006, at the conclusion of an in-depth planning exercise entitled *Setting the Stage: Primary Health Care in Ontario. Provincial Report*:

"All four networks report major inconsistencies in the availability of services in French, a shortage of bilingual health practitioners, difficulty recruiting and retaining bilingual practitioners, deficiencies in the service coordination and referral processes that prevent Francophones from using these services to their fullest, as well as insufficient follow-up. In all four regions, there is a marked shortage of health promotion and disease prevention services in French. As well, a common complaint across the province is the failure by government to engage the Francophone community in the planning of health care services."¹³

Over and above the fact that we still need studies specifically on the accessibility of French language health services in Ontario, health remains a central concern for Francophones in this province. In all of my travels around the province and in all of my meetings since my appointment as French Language Services Commissioner, people constantly talk to me about the lack of access to health services in French.

1.2.1 Lack of Human Resources

There is a pressing need for French-speaking health professionals in every part of the province, but these professionals do not suddenly appear simply because this need has been identified. There is a severe shortage of physicians, nurses and other health professionals and the situation is becoming critical. As Commissioner, I am fully aware of this state of affairs.

In some regions, there are French-speaking health professionals but they are tucked away, like well-guarded secrets. Interaction amongst these professionals has not materialized. In many cases, they do not broadcast their ability to speak French for fear of being swamped with patients. For example, a Francophone nurse will identify herself as an Anglophone to avoid being overwhelmed with patients. The health system relies too heavily on Francophones to identify themselves as Francophones within the system, and this is affecting the system's ability to retain those professionals who do report that they speak French.

In 1993, a mother faced the unthinkable: her 6-year-old son, Luc, would not be receiving treatment because the region did not have a psychologist who spoke French.

As a toddler, Luc had been in an accident causing severe trauma. The doctors recommended that he receive psychological treatment. But with no French-speaking specialist for their son and four children at home, his parents made the difficult decision to abandon their search for treatment. They decided that they would temporarily offer their son the support he needed at home. For them, this was the short-term solution until Luc learned English and could be taken to see an English-speaking psychologist. They resigned themselves to their predicament. In the end, however, it caught up with them. Luc is now 21 and finally getting the therapy he didn't get in French at age 6.

Moreover, it is not possible to guarantee substantive equality in the area of French language health services if health professionals do not have a working knowledge of French. Having medical staff whose French consists of *bonjour* and *merci* is a band-aid solution.

The government is very concerned about labour shortages in the health system and has launched related initiatives such as HealthForce Ontario.¹⁴ However, the government must recognize that the problems regarding the availability of French-speaking health professionals and the solutions to these problems have certain defining characteristics. As has been noted by the French Language Health Services Office of the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC), the main challenge in the implementation of French language health services in the health care system is the availability of French-speaking health professionals. For this reason, as French Language Services Commissioner, I applaud initiatives such as the Careers in Health/Carrière en santé¹⁵ program being run in partnership with the *Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)*.¹⁶

These are laudable initiatives but they can only fix part of the problem. More concerted efforts are required and ideas from the community itself must be added to the mix. Specific strategies that involve the Francophone community must be developed to promote the training, identification, recruitment, retention and mobilization of Francophone health professionals.¹⁷

¹³ Ontario's French Language Health Networks. *Setting the Stage: Primary Health Care in Ontario. Provincial Report*, 2006.

¹⁴ HealthForceOntario is a government strategy that involves collaboration between three ministries: the Ministry of Health and Long-Term Care, the Ministry of Training, Colleges and Universities, and the Ministry of Citizenship and Immigration. It is designed to ensure that the province has enough health care providers. To achieve this, it includes many initiatives designed to help the province to keep its health professionals here, encourage young people to pursue a career in health, and convince foreign-trained health care providers to come to Ontario, by making it easier for them to settle here. For more information, consult HealthForceOntario's website at: <http://www.healthforceontario.ca/WhatIsHFO.aspx> (page consulted in March 2009).

¹⁵ This program takes place in various regions of the province and is designed to interest students in pursuing a career in health and completing the appropriate learning programs. For more information: http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/fhs/careers_mn.html (page consulted in March 2009).

¹⁶ The *Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO)* is an umbrella association of Francophone stakeholders in health and social services. For more information: <http://www.rifssso.ca/english/> (page consulted in March 2009).

¹⁷ Société Santé en français. *Des communautés francophones en santé: les réseaux au cœur de l'action* [Healthy Francophone Communities: Networks at the Centre of the Action], October 2007.

1.2.2 Active Offer

Another concern that I have is Francophones' lack of knowledge of their right to access to French-language services and the availability of these services in their area. Many Francophones still do not know where to obtain French health services in their community or which services are available. In a post-census survey,¹⁸ close to half of Francophones in Ontario reported that gaining access to and obtaining health services in their language was either very difficult or impossible. This very high percentage indicates that Francophones do not necessarily know where to go to get French health services and that, when they do know, they sometimes have difficulty obtaining care in French. Clearly, a concerted effort is required to make Francophone communities aware of the health services that are being offered to them. The government's new link <http://www.health.gov.on.ca/ms/optionsdesoinsdesante/public/index.html>¹⁹ is certainly a step in the right direction. However, the onus continues to be on individual members of the public to actively seek out French services.

Active offer is one part of the solution. It has been shown, time and time again, that active offer has a considerable impact on the demand for services. The more actively a service is offered, the more demand there is for it. This is as true for health as for any other sector.

This principle holds true in Ontario, and Francophones should be able to expect that these services will be offered to them in their language. It goes without saying that a Francophone who visits a Francophone community health centre such as the *Centre de santé communautaire francophone de Sudbury* expects to receive health care services in French. This is the simplest form of active offer. The ministries and the LHINs must emulate this form of active offer and ensure that it is applied by those of their health care providers that are designated or identified as providing services in French.

As Commissioner, I have been told that the greatest challenge facing French health care providers is dealing with a system that does not take responsibility for actively offering quality health services in French. The system simply fails to see the importance, need or added value of doing so. Failing to offer a service in the patient's language puts his health at risk. Unfortunately, the system still does not recognize this.

Despite the principle of active offer being a clear commitment of the Ontario government according to an internal document entitled *A Framework for Action*, this does not always manifest in the health sector. Active offer is a minimum service that should be implemented by service providers. However, citizens do not always actively receive this minimum offer of French language services. Even when available, it neither guarantees nor ensures the quality of the services on offer.

"Although it is important, active offer does not guarantee fair and equitable treatment. Nor does it necessarily have an impact on the demand for services. Even when French language services are offered at the window or the counter, we wonder whether we are really going to be taken first or whether we are going to be stuck on some waiting list until a French-speaking doctor becomes available. And there is a lingering fear that we will not receive equal service. Often, Francophones continue to ask for service in English in the belief that they will be served more quickly. This is a systemic problem. Patients must feel confident that they will receive services that are equivalent to those offered in English, in terms of quality and speed. In other words, by itself, active offer isn't enough."

— MARC BÉDARD, Executive Director

Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario

¹⁸ Corbeil, Grenier, Lafrenière, op. cit., pp. 50-51. Note, however, that this rate varies depending on the relative size of the Francophone population. For example, in municipalities in which Francophones make up less than 10% of the population, 66% stated that it would be difficult or very difficult for them to obtain services in French, whereas in municipalities in which Francophones make up 10% to 30% of

the population, 32% reported that it would be difficult or very difficult to obtain services in French.

¹⁹ Although this site is user-friendly, its search engine does not provide a function to look up French-speaking health professionals by region, such as the number of French-speaking physicians in the Toronto area.

1.3 A Partner Community

The Ministry of Health and Long-Term Care and the 14 LHINs must work in partnership with the Francophone community to improve the delivery of health services to Francophones. The province and the LHINs do not have a choice about involving the community and its stakeholders in decisions about health care planning and access. Without this willingness to come to an understanding and work together, the health of Francophones remains at risk.

A community's ability to shape its reality and take charge of its own development is a determining factor in its ability to improve its health and well-being. According to the CCFSMC, experience shows that:

"[...] the more Francophones are involved in the care delivery process, including managing health care institutions, the more French is respected and reflected in service delivery. This participation is also crucial if the population is to take real responsibility for health."²⁰

This demonstrates the major impact of involving the community in the planning and management of health services. In health care, active participation by the Francophone community is both desirable and essential.

In Ontario, a full range of French language health services and Francophone health professionals is neither accessible nor available in all of the areas served by each LHIN. And yet, the LHINs have an obligation to work together to ensure access to French language services for Francophone communities. The *Local Health System Integration Act* (LHSIA) provides for the LHINs to implement and participate in joint strategies with other local health integration networks, in order to improve care and access to high-quality health services and promote continuity of care between local health systems and throughout the province.²¹ However, there has to be a genuine willingness on the part of the LHINs to achieve this.

Francophones have repeatedly demonstrated that they are willing and able to co-operate with the government and with officials in the health care system to improve access to health services in their language. The same is true for their desire to improve the health of the Francophone community in general. Moreover, "[...] *successful community development depends, in large measure, on the community's ability to ensure the co-operation of the actors and to translate this co-operation into a partnership [...] in order to meet needs that have been jointly recognized as important.*"²² The Francophone community believes that it is best able to identify its own needs; it really wants to be involved in the search for ways to improve access to services and improve the health of community members. It should be pointed out that this is essentially the same line of reasoning that was followed by the framer of the LHSIA. In this manner, the Francophone community becomes a crucial actor and partner in access to health care in French, especially when its development and growth are at stake.

1.3.1 Community Health Centres as an Example

Community partnership obviously includes Ontario's community health centres. There are 62 community health centres in Ontario, not including their satellite units.²³ They play a crucial and essential role in the delivery of health services in Francophone communities. All too often, however, Community Health Centres are not perceived as partners. This is especially true when they offer services exclusively in French, and it's the Francophone patient who pays for this.

"Anglophone doctors in the region avoid sending us Francophone patients because they are afraid of losing these patients as clients. We have had to meet with these doctors, one by one, and explain to them that we do not want to steal their Francophone patients. They should be using us as a resource and see us as community partners."

— MARCEL CASTONGUAY, Executive Director

Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara

For over a year now, the barrier between physicians in the Hamilton/Niagara region has been removed. I believe that this willingness to draw on the resources that the Francophone community has to offer must be replicated in other regions and reflected in the agreements with the community.

²⁰ Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities, op. cit., p. 16

²¹ *Local Health System Integration Act*, R.S.O., 2006 (LHSIA), s. 5.

²² Bourque, Denis, Louis Favreau. *Le développement des communautés et la santé publique*

au Québec [Community Development and Public Health in Quebec], Service social 2003, 50(1).

²³ Ministry of Health and Long-Term Care. Available online at: <http://www.health.gov.on.ca/ms/healthcareoptions/public/index.html> (page consulted in March 2009).

To return to the concept of active offer, when a Francophone patient enters a French language community health centre such as the *Centre de santé communautaire de l'Estrie*,²⁴ he does not wonder about the language in which the services will be delivered. This takes an enormous burden off his shoulders. What is more, the community health centres are clear proof of the energy and vitality of the Francophone communities. These centres have taken responsibility for the delivery of French language health services in their community – a model that must be encouraged. They accomplish much more than the delivery of French language health services, a complex undertaking in and of itself. They represent an important link according to the theory of institutional completeness (*complétude institutionnelle*), developed in the *Lalonde*²⁵ case. This theory holds that whenever a community loses an institution, this loss erodes the confidence that Francophones have in these institutions and leads to their assimilation. It is difficult to quantify, in a way that makes sense from a purely bureaucratic standpoint, the pride that comes from governing and serving one's community effectively in French.

For these reasons, it is regrettable that the MOHLTC has stopped funding new community health centres. These centres serve as examples of tangible and practical services developed on the basis of the community development initiatives that Ontario's minority Francophone community needs in order to counter assimilation.

12

1.3.2 French Language Health Networks as an Example

Ontario has four French language health networks. The first network was established in the wake of the Montfort Hospital crisis in 1997. Three more networks were established after Health Canada's Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities released its first report in 2001. The role of the French language health networks is to support the planning, development and evaluation of French language health services in co-operation with their partners.

This type of network may provide an interesting model of a partnership with the community and, therefore, an interesting networking model with potential for efficacy. Because their roots go deep into the Francophone community, these networks could, if they were provided with the appropriate resources, provide the LHINs with tangible help in ensuring real participation on the part of the community in service planning and in searching for solutions that are adapted to the specific needs of this community.

Conclusions

Access to French language health services is a quality of service issue, as well as an issue of system efficacy and efficiency. The Francophone community has defining characteristics that must be taken into account in the planning of policies and services that affect health. We must ensure that health professionals with the appropriate linguistic and cultural skills are available.

The Francophone community must be considered as a crucial partner for improving access to French language health services. Community representation and active participation are essential at every organizational level. They will enable health care organizations to understand the needs of their patients better. They will aid in better allocation of resources and the implementation of mechanisms for making institutions accountable for the quality of their services.

Recognition of existing French health service planners and providers will make it possible to build on the experience and expertise that has already been acquired in the system. Services adapted to the specific needs of the Francophone community are already being offered by several organizations. Their best practices should be shared and recognized in order to avoid re-inventing the wheel.

RECOMMENDATIONS

Recommendation 1

The Commissioner recommends that, in the development and implementation of their health policies and social policies designed to improve the health of the population, the ministries and officials in the health care system take the defining characteristics of the Francophone community into account.

Recommendation 2

The Commissioner recommends that the government and officials in the health system make access to French language health services a factor in the system's quality of service, efficacy and efficiency.

Recommendation 3

The Commissioner recommends that the government develop and implement specific strategies, while involving the Francophone community, to promote the training, identification, recruitment, retention and mobilization of Francophone health human resources.

²⁴ Ontario has seven French language community health centres: *Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara*, *Centre de santé communautaire de Kapuskasing*, *Centre de santé communautaire de l'Estrie*, *Centre de santé communautaire de Sudbury*, *Centre de santé communautaire de Sudbury-Est*, *Centre de santé communautaire du Témiskaming*, and

Centre Francophone de Toronto.

²⁵ *Lalonde v. Ontario (Commission de restructuration des services de santé)* (2001), 56 O.R. (3d) 577.

Obligations and Opportunities

Canada's official language minority communities have almost always wanted to build a sound legal foundation that would provide continuity in the event of a change to a government that had other intentions, as well as protect them from the power of the majority. It is important to be clear on this point: without actually acting in bad faith, the majority is not always able to clearly understand the needs and priorities of the official language minority communities. That is why the *Constitution* and, in particular, the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* go to such lengths to describe language rights.

At a time when budgets are being cut and with the provincial government already allocating the major part of its total budget to the health sector,²⁶ some might argue that this is not the time to be committing to new expenditures. And yet, by engaging in planning that is strategically based on the health needs of individuals and communities – which is precisely the philosophy behind the LHINs – the government and its institutions will both meet their obligations and ensure that they limit costs by creating communities made up of individuals who are in better health.

The government and its institutions do not deliver French language services to Francophones because they have to. They do so because this has a direct and positive impact on the latter's health – it is simply the right thing to do.

2.1 General Principles

The *French Language Services Act* (FLSA) dates back to 1986, although implementation of the Act largely only began in 1989. The FLSA states that the Government of Ontario and its agencies shall ensure that services are provided in French.²⁷ It also states that a person has the right to communicate in French with any head or central office of a government agency or institution of the Legislature or with a local office in a designated area.²⁸

In the *Lalonde* case (also known as the *Montfort* case), the Ontario Court of Appeal stated: "It was within the overall context of steady progression and advancement of services in French that the FLSA was introduced and passed in 1986."²⁹ The FLSA must be interpreted in light of the fundamental constitutional principle of respect for and protection of minorities. Consequently, it must be interpreted broadly and liberally, in accordance with its objectives of promoting and protecting Ontario's Francophone community. The Ontario Court of Appeal also recognized the quasi-constitutional nature of the FLSA.

Apart from recognition of its linguistic rights, Ontario's Francophone community must be able to count the presence of institutions to develop and flourish. Public recognition of its language, and therefore its status, and institutional support for the community are essential factors in the development of the Francophone community.

The principle of substantive equality³⁰ has value when accompanied by recognition of the Francophone community's right to participate in and govern institutions that are essential to its development. The fight to keep Montfort Hospital open was a reminder of the importance of the relationship between a community's institutions, its public recognition by the government, and the preservation of Ontario's Francophone cultural heritage for future generations, as stated in the preamble to the FLSA.

Government agencies play an important role in the growth and development of Ontario's Francophone communities. Recently,³¹ the Supreme Court of Canada confirmed that, depending on the nature of the service being offered, it must be designed and offered on the basis of the needs of the Francophone community. Once again, it's a matter of substantive equality.

13

²⁶ In the 2009 Budget, the Ontario Government proposed spending \$42.6 billion in the health sector in 2009-10, out of a total budget of \$108.9 billion. For more information: <http://www.fin.gov.on.ca/english/budget/ontariobudgets/2009/chpt2.html> (page consulted in April 2009).

²⁷ S. 2, FLSA: "The Government of Ontario shall ensure that services are provided in French in accordance with this Act."

²⁸ S. 5 (1), FLSA: "A person has the right in accordance with this Act to communicate in French with, and to receive available services in French from, any head or central office of a government agency or institution of the Legislature, and has the same right in respect of any other office of such agency or institution that is located in or serves an area designated in the Schedule."

²⁹ *Lalonde*, op. cit., [141], in accordance with the principle of the advancement of equality of status and use of French and English that is contained in s. 16(3) of the *Charter of Rights and Freedoms*.

³⁰ *R. v. Beaulac*, [1999] 1 SCR 768. In *Beaulac*, the Supreme Court of Canada ruled that the exercise of language rights was not to be considered exceptional, nor was it to be considered a response to a request for accommodation.

³¹ *Desrochers v. Canada (Industry)*, 2009 SCC 8. In 2000, *Centre d'avancement et de leadership en développement économique communautaire de la Huronie* (CALDECH), located in Penetanguishene, Ontario, filed a complaint against North Simcoe Community Futures Development Corporation, an economic development agency funded by Industry Canada, with respect to the French services it offered. On February 5, 2009, the Supreme Court of Canada rendered its decision in which it reminded the Federal Government of its obligation to make services of equal quality available to the public in both official languages. This ruling is available online at: <http://www.canlii.org/en/ca/scc/doc/2009/2009scc8/2009scc8.html> (page consulted in March 2009).

2.1.1 The French Language Services Act and Health Care

Any decrease in the health services that are offered to the Francophone community and any action that compromised the training of French health professionals "would increase the assimilation of Franco-Ontarians."¹² Thus, health institutions play a positive and determining role in the promotion of Francophone communities.

In the *Lalonde* case, the Divisional Court and the Ontario Court of Appeal recognized that health institutions have a broader institutional role than the provision of health care services. This role includes "maintaining the French language, transmitting francophone culture, and fostering solidarity in the Franco-Ontarian minority."¹³

The courts have interpreted the FLSA broadly and liberally. In referring to health services, the Ontario Court of Appeal determined that the words "available services" in s. 5 of the FLSA referred to available healthcare services at the time Montfort Hospital was designated under the FLSA¹⁴, and ruled that the Health Services Restructuring Commission's decision to reduce the health services offered by Montfort Hospital was contrary to the FLSA. What emerges clearly from the *Lalonde* case is that the courts place great importance on the ability of health care institutions to protect and promote the province's Francophone communities and to support their growth and development. The FLSA must be interpreted broadly and liberally in order to protect this important role played by the health institutions.

2.1.2 Partially and Fully Designated Health Care Agencies

The designation of an agency that offers public services under the FLSA has been interpreted as including not only the right to health care services in French, but also the right to "whatever structure is necessary to ensure that those health care services are delivered in French."¹⁵ It follows that a decision – even a discretionary decision – that changes the services that are offered in French by a health institution designated under the FLSA cannot be justified simply by invoking administrative convenience and vague funding concerns.¹⁶

Agencies that offer public services may be identified as French language health service providers without being designated under the FLSA. The designation of agencies is completely separate from Ontario's designated areas. In other words, the fact that a hospital is located in a designated area does not mean that it is automatically designated. It must apply to be designated. All agencies that offer services on behalf of the Ministry of Health and Long-Term Care may apply for designation as a public service agency for the purpose of the definition of government agency under the Act. Applying is voluntary and the agency itself must apply for designation. At the present time, according to data provided by MOHLTC, 97 service providers in Ontario have full or partial designation¹⁷ under a regulation pursuant to the FLSA.

An agency must first qualify for designation by meeting four criteria.¹⁸ These criteria are: offering quality French language services on a permanent basis, guaranteeing access to these French language services, ensuring proportional Francophone representation on its board of directors and executive, and developing a written policy on French language services that has been adopted by the board of directors and sets out its responsibilities in the area of French language services. Rather like a Francophone ISO 9001:2000 standard,¹⁹ designation guarantees the institution's express desire to offer high-quality services in French.

Lastly, designation can be full or partial. Partial designation means that only some of an agency's services are available in French.

¹² *Lalonde*, supra note 24, [162].

¹³ In this decision, Montfort Hospital was described as "an important linguistic, cultural and educational institution, vital to the minority francophone population of Ontario." *Lalonde*, op. cit., [181].

¹⁴ *Lalonde*, op. cit., [160].

¹⁵ *Lalonde*, op. cit., [162].

¹⁶ *Lalonde*, op. cit., [168].

¹⁷ Of the 215 agencies that have been designated or partially designated under the FLSA for all ministries, 97 have obtained such a designation in the health sector.

Available online at: http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/fhs/designated_dtf.pdf (page consulted in March 2009).

¹⁸ Office of Francophone Affairs. Available online at: <http://www.ofa.gov.on.ca/en/flsa-agencies.html> (page consulted in March 2009).

¹⁹ The International Organization for Standardization (also known as the "ISO") is the largest producer and publisher of standards in the world. ISO 9001:2000 certification is the assurance of an organization's ability to meet quality requirements and to enhance customer satisfaction in customer-supplier relations.

2.1.2.1 Obligations that Come with Designation or Being Identified

Before the creation of the LHINs, responsibility for the application of the *FLSA* with respect to the offer of French language health services fell to the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). Consequently, when a LHIN concludes a purchase of service or sector accountability agreement with a health service provider, it must ensure that it signs an agreement that has a clause with respect to the offer of French language services by this service provider. The LHIN remains accountable for the French services offered by the service provider under this type of agreement.

When designated or identified, agencies are required to offer French language health services just as a ministry would; they are required to report on these services as part of their annual health service planning exercise.⁴⁰ These agencies must prepare this report every year and submit it to the LHIN so that progress on implementing French language health services and identifying potential gaps can be evaluated. This will enable the Ministry to determine the level of equity and performance of these agencies in terms of the delivery of French services based on their designation.

An identified agency is not necessarily a designated agency

Often, a designated area has few, if any, agencies that have been granted full or partial designation under the *FLSA*. On the other hand, an agency may be identified by the MOHLTC, and now by the LHINs, to offer French health services.⁴¹ In this case, even if it is not designated under the *FLSA*, it is still required to offer high-quality services and, as a result, it must provide minimum supports such as interpretation services and training for staff to develop their cultural skills and guarantee the quality of the services that are offered to the public.

The MOHLTC, as well as the LHINs, have a responsibility to inform health service providers of their obligation to provide not only French health services but also high-quality services. The LHINs have a responsibility to provide these agencies with the resources they need to meet these obligations. The government and the LHINs must ensure that these agencies are accountable specifically for these obligations.

2.2 Key Players

In 2006, the Ontario government embarked on an in-depth reform of Ontario's health care system. The Legislative Assembly adopted the *Local Health System Integration Act, 2006* (*LHSIA*). As its name indicates, the purpose of this Act is the integration of health services at the local level. This Act confers on the LHINs the major responsibility for ensuring that the local health system gives priority to the needs of the community. The Act conveys all the importance the legislator placed on giving responsibility back to communities for planning, funding and integrating local health systems by designating LHINs to accomplish this.

The *LHSIA* also stipulates that French language health services will be given special attention in the development and implementation of the new Local Health Integration Networks (LHINs). The *LHSIA* states that these LHINs must engage the community of persons and entities that work in the local health system, in particular, in the integrated health services plan and when setting priorities. More specifically, it states that each LHIN shall engage its "French language health planning entity for the geographic area of the network that is prescribed."

Clearly, the legislator expects the *French Language Services Act* to apply to the delivery of French health services and he provides specific means for achieving this in the *Local Health System Integration Act, 2006*.

Ontario's health system has many different players, all of whom are equally important. From the perspective of the mandate of the Office of the French Language Services Commissioner, and in light of the obligations and responsibilities for French language health service planning, this report identifies three main categories of key players. Naturally, the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) and the Ministry of Health Promotion (MHP) play a preponderant role. The creation of the new LHINs has created a lot of expectations both within the community and for the MOHLTC. The *LHSIA* clearly states that the community – including the Francophone community – must play a key role in planning and implementing a health system that is integrated and accountable at the local level.

2.2.1 Role of the Ministries

In addition to articulating the major strategies of the Ontario government, the Ministry of Health and Long-Term Care is responsible for the administration of the health care system and the delivery of services to the population of Ontario. It does so through a variety of programs, including the health insurance plan, the drug programs, and the assistive devices program. Although the Ministry does not deliver health care directly, it regulates but does not operate hospitals, nursing homes, and clinical medical laboratories. Its role is rather one of articulating the strategies of the Ontario government. Like any other ministry of the Ontario government, the MOHLTC and MHP must comply with and enforce the *FLSA*.

⁴⁰ Known as the Hospital Annual Planning Submission.

⁴¹ The obligations of these service providers will be analyzed in greater depth in the next chapter.

The mission of the Ministry of Health Promotion is to help Ontarians to lead healthier lives through programs that encourage healthy choices and lifestyles. Just like the MOHLTC, the MHP does not deliver health care directly. Nevertheless, it develops health policy and provides information and tools to help Ontarians adopt healthy habits. To do this, it works closely with other ministries, in particular the Ministry of Health and Long-Term Care, the Ministry of Education, and the Ministry of Children and Youth Services, and creates partnerships with local communities and organizations and with the private sector.⁴²

The MOHLTC is gradually detaching itself from the day-to-day administration of the system in order to focus on the design, funding, monitoring and development of strategies. This is more of a stewardship role. And this is what the LHSIA provides for.⁴³

2.2.2 The Local Health Integration Networks (LHINs)

In 2006, the LHSIA created 14 Local Health Integration Networks (LHINs); these networks are Crown agencies that are subject to the *French Language Services Act*. They co-operate with local health care providers and members of the community to develop health service integration plans for the sectors they serve. Thus, they assume the role of planning and funding health services without actually offering services directly to the public. The creation of the LHINs is based on a clear mission: to plan, coordinate and fund at the local level and in an integrated manner the health services identified by the members of the community considered in the best position to determine the health needs and priorities.⁴⁴ Many organizations, such as public and private hospitals, community care access centres (CCACs), community health centres, and long-term care homes now report to a LHIN. Each LHIN acts as an agent of the Crown⁴⁵ and has a mission to:

"Promote the integration of the local health system to provide appropriate, coordinated, effective, and efficient health services."

Like the Ministry, each LHIN must develop a local strategy, referred to in the Act as an "integrated health service plan". This plan shall "include a vision, priorities, and strategic directions for the local health system and shall set out strategies to integrate the local health system in order to achieve the purpose of [the LHSIA]."⁴⁶

It is clear, even from a brief look, that this entails huge responsibilities and represents a colossal undertaking.

Unlike the Minister, the LHINs do not have an obligation to create a French language health services advisory council; however, they shall "engage the community of diverse persons and entities involved with the local health system about that system on an ongoing basis", including about the integrated health service plan.

Where the Francophone community is concerned, the LHSIA states that the LHIN has a commitment to engage its **French language health planning entity**. The term "French language health planning entity" is not defined in the Act. However, the legislator does stipulate that the French language health planning entities must be prescribed by regulation in order to create an obligation for the LHINs to engage them in their planning process.

Thus, the LHINs are government agencies within the meaning of the FLSA. Clearly, given their explicit obligation to respect the principles of the FLSA in health service integration, LHINs that operate in designated areas must engage the Francophone community "on an ongoing basis" in the development of these plans. Incidentally, the February 5, 2009, Supreme Court of Canada decision in the *Desrochers* case⁴⁷ is completely consistent with this interpretation, even though this decision pertained to the obligations of federal institutions. The key in this case was the scope of the expression "services of equal quality".

"It is difficult to imagine how the federal institution could provide the community economic development services mentioned in this description without the participation of the targeted communities in both the development and the implementation of programs. That is the very nature of the service provided by the federal institution." [53]

The legislator chose to require the LHINs to engage the Francophone community "on an ongoing basis", and it must be possible to interpret this as meaning more than simply consulting the community. Thus, members of the community must be able to participate in a meaningful way in the development of the services plan and priorities of the LHIN.

To sum up, the role of the LHINs consists in planning health care in a given region. And because they do not deliver health services directly, they must ensure that service providers, such as hospitals and other health centres, respect the priorities that the LHINs have established.

⁴² Ministry of Health Promotion. Available online at: <http://www.mhp.gov.on.ca/english/about/default.asp> (page consulted in March 2009).

⁴³ LHSIA, s. 14(1).

⁴⁴ Ministry of Health and Long-Term Care. Available online at: http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/lhins/lhins_fa.html

(page consulted in March 2009).

⁴⁵ LHSIA, s. 4.

⁴⁶ LHSIA, s. 15.

⁴⁷ *Desrochers v. Canada (Industry)*, op. cit., note 30.

2.2.3 Proposed Regulation on the Engagement of the Francophone Community

On September 13, 2008, the MOHLTC tabled a proposed regulation on the engagement of the Francophone community in application of s. 16 of the LHSIA, which reads:

"16. (1) A local health integration network shall engage the community of diverse persons and entities involved with the local health system about that system on an ongoing basis, including about the integrated health service plan and while setting priorities.

[...]

Duties

(4) In carrying out community engagement under subsection (1), the local health integration network shall engage:

[...]

(b) the French language health planning entity for the geographic area of the network that is prescribed. 2006, c. 4, s. 16 (4) [...]"

Reaction to the proposed regulation was swift. During the public consultation, the Ministry received several hundred letters of protest. I also made my views known to the Minister in a public letter dated November 12, 2008. A detailed analysis of the proposed regulation has now been completed, and this special report does more than deal exclusively with the latter.

The Office of the French Language Services Commissioner received over 100 complaints on the subject of the proposed regulation; and many of these letters contained long petitions. The community reacted strongly to the proposed regulation – and with cause!

A Brief Review

A review of the context of the discussions surrounding the preparation of the new structure proposed in the current version of the LHSIA is in order. At the time, members of the Francophone community were actively involved in the negotiating process.

The MOHLTC created a French Language Health Services Working Group chaired by Gérard R. Savoie.⁴⁸ This working group delivered a report to the Minister in October 2005, in which it provided a roadmap for increased accessibility and greater accountability for French language health services. The working group recommended the creation of a Francophone LHIN for reasons of governance, a sense of community membership, efficacy and accountability.

The government did not follow this recommendation for valid reasons that this report in no way questions. From the government's standpoint, it would have been difficult to design a Francophone LHIN with a territory that included all of the areas designated under the FLSA, as this would have caused confusion among service providers.

The fact remains that the LHSIA stipulates that each LHIN must engage the Francophone community through a French language health planning entity. Clearly, if we follow the legal logic of this provision, it means that the legislator wanted to achieve a compromise. There would be no Francophone LHINs, as had been recommended, but there would be, at a minimum, a mechanism for each LHIN – a planning entity – to ensure that institutions vital to the Francophone community were fully involved in planning and governing French language health services.

Since the creation of the LHINs, there have been laudable efforts made here and there but, overall, they have been few and far between. The LHINs are waiting. Before doing anything – again, there are a few exceptions – the LHINs are patiently waiting for the proposed regulation.

In the meantime, they are expanding and growing into their new roles, and French language health services on the whole are definitely not a priority.

2.2.3.1 Central Concerns over the Proposed Regulation

Advisory Committees versus Francophone Planning Entities

Clearly, there is a real difficulty here that must be addressed. The proposed regulation calls for the creation of advisory committees under s. 16 of the LHSIA, whereas the Francophone community was expecting the creation of French language health planning entities, as provided for by s. 16(4) of the LHSIA.

The proposed regulation indicates that the composition of the committee, assuming that it will now be a planning entity, will consist of persons who represent the diversity of the Francophone community and who work in the local health system or are affected by it. The proposed regulation rightly provides that persons appointed to these entities must include members of the Francophone community and representatives of health care sectors that have connections with the community and who participate in the planning and delivery of health care in the geographic area, including community agencies, institutions of learning, members of the regulated health professions and health service providers.

Over and above the composition of the members of an advisory committee, what resources would there be to support the work performed by these volunteers? What would their specific mandate be? How would genuine accountability to the Francophone community be ensured? What guarantee would exist that the LHIN would take the recommendations of another advisory committee seriously?

⁴⁸ Ministry of Health and Long-Term Care, French Health Services Working Group, *op. cit.*, note 11.

The legislator wanted to make each LHIN accountable for its obligations under the FLSA without dissociating itself from the institutions that are vital to the Francophone health sector, hence the mention of French language health planning entities. This was not a mistake on the part of the legislator; rather, it shows a clear willingness to involve institutions vital to the Francophone health sector. It is important not to give the impression of starting all over again, and of failing to take into account all of the expertise and networks that have been developed in recent years, indeed over many years.

A French language health planning entity would have many functions. These would include identifying the needs of the area's Francophone community, or recommending partial or full designation of certain key services by identifying service providers. The French language health service plans of these service providers would have to be evaluated in order to help the LHIN accomplish its mission. The planning entity could help the LHIN identify gaps in the professional resources that are available and develop training and recruitment strategies. Another function of the planning entity would be to support the Ministry of Health Promotion in the health promotion strategies that it deployed in the Francophone community in its service area and that had been developed on the basis of priority needs identified in advance. This is by no means an exhaustive list of the planning entity's functions.

The bottom line: an advisory committee is simply not a French language health planning entity.

Support and resources for the French language health planning entities

The composition of these new entities seems to be adequate; however, the fact remains that these committees would play an advisory role and there is no clear indication that adequate resources would be provided or that their recommendations would be implemented. This is another reason for amending the proposed regulation so as to ensure that French language health planning entities are created. The LHINs are responsible for ensuring compliance with the FLSA because they are new government agencies within the meaning of the Act.

However, it is perfectly plausible that, in certain areas such as Toronto, several LHINs might have a single French language health planning entity. The Toronto area has no fewer than five LHINs, and Francophones are dispersed throughout the area. It would be normal to assume that a single seniors' residence, to give an example, can serve the entire Francophone community of the Greater Toronto Area.

The Future

The community's shock and strong reaction to the proposed regulation are understandable. However, since the public consultations, which ended in mid-November 2008, there have been encouraging indications of progress on the regulation. Premier Dalton McGuinty himself has said that he will "continue working with Minister Caplan to ensure that we protect the rights of Francophones so that they can play a real role in managing the services on which they depend, in the area of health care."⁴⁰ [Unofficial translation]

As French Language Services Commissioner, I view the Premier's position in a very positive light. I sincerely hope that the community's many comments and suggestions will be taken into account and that efforts will be made to address them through changes to the proposed regulation so that it reflects the true needs of this community. For that purpose, a working group was established to find a solution that is satisfactory to all stakeholders in the proposed regulation on Francophone community engagement. Chaired by the Honourable Charles Beer and composed of representatives from the MOHLTC, the Office of Francophone Affairs, the Provincial Advisory Committee on Francophone Affairs, the French Language Health Services Council and the *Assemblée de la francophonie de l'Ontario*, the group will focus on, among other things, the content of the proposed regulation.

Conclusions

As it currently stands, the proposed regulation is inconsistent with the intentions expressed by the legislator in the LHSIA. Section 16 of the Act provides for health service planning entities, not committees. The proposed regulation must specifically set out the role of these entities and a governance structure that will enable them to fulfill their mandate. As French Language Services Commissioner, it is clear to me that the proposed regulation must be amended to refer to the planning entities in a way that is in keeping with both the letter and the spirit of the LHSIA.

RECOMMENDATION

Recommendation 4

The Commissioner recommends that the Minister of Health and Long-Term Care amend the proposed regulation to make it consistent with the wording of the LHSIA and to ensure that it provides for true French language health planning entities for each LHIN or group of LHINs.

⁴⁰ Radio-Canada Ontario reporter, Christian Noel, weighs in during a news report entitled *Les Franco-Ontariens auront leur mot à dire dans la gestion des soins de santé dans*

leur province [Franco-Ontarians will have their say about the management of health care in their province], that aired on January 6, 2009.

Planning and Governance

"Francophones, even those who are bilingual, must have access to services in French because the mother tongue, which represents the foundation for personality development and allows a speaker to express his or her needs and feelings more easily, takes on great significance in the relationship between the health care provider and the health care recipient" [unofficial translation].⁵⁰ This is as true today as it was in 1975, when these words were written.

Health agencies and other institutions are on the front line of French-language health service delivery. The new LHSIA and the creation of the LHINs do not change this important reality. What the LHSIA must bring about, however, is a greater measure of local control over health priorities. This chapter will examine the various aspects of planning between the various players in government and those they serve.

3.1 Liaison between Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) and the LHINs

3.1.1 Creation and Role of the LHIN Liaison Branch

Overseeing the creation of 14 new Crown agencies that are now responsible for a multitude of tasks previously performed by Ministry officials is no small task.

To ease and support the transition, the Ministry of Health and Long-Term Care created the LHIN Liaison Branch in 2007 to act as an interface between the Ministry and the LHINs. This entity is a branch of the Ministry that provides a liaison between the MOHLTC and the LHINs. Its role is to provide coordination and continuity between the Ministry and the networks and ensure that both sides meet their requirements under the LHSIA.

Within this Branch is another division, i.e. the French Language Health Services Office (FLHS), whose primary purpose it is to ensure that French language services are implemented within the Ministry and the LHINs.⁵¹ The FLHS Office plays an oversight role by advising the Ministry on the integration of French language services in the health system.

The MOHLTC originally created this structure in order to monitor the work of the LHINs. The intention in creating two offices was to ensure that the LHINs would be supervised in their new duties and that they would have the support and resources needed for implementation. However, it has turned out quite differently. The French Language Health Services Office, which no longer reports to the LHIN Liaison Branch⁵², should have been able to support and coach the LHINs in the integration and planning of French health services, in particular with the communities. However, I have noted that, since the beginning, the LHINs have not truly grasped their obligations under the FLSA. It was the LHIN Liaison Branch's job to ensure that they did so.

I acknowledge that the 14 newly created LHINs are under enormous pressure, not to mention the fact that they have experienced a high staff turnover. At the MOHLTC's request, KPMG conducted an analysis of the efficacy of the transition and devolution of authority from the Ministry to the newly-created LHINs. KPMG submitted its final report on September 30, 2008.⁵³ It is to the MOHLTC's credit that it requested this review, which will allow us to make any necessary adjustments while we are still in the long transition process.⁵⁴

In a section on community engagement, the KPMG report makes the following comment:

"Additionally, LHINs have been very active in planning through the creation of their IHSPs [Integrated Health Service Plan] and different planning structures in their local health regions. In implementing the IHSPs, LHINs have created a multitude of planning networks, advisory groups, councils, planning areas, and so on. LHINs use these networks to varying degrees. Some have decision-making authority, some have finite time schedules and terms of reference to deliver recommendations, while others are ongoing and are used for advice and feedback.

⁵⁰ Dubois, Jacques et al. *Pas de problème [No Problem] Report of the French-Language Health Services Task Force*. Toronto, Ministry of Health of Ontario, 1976.

⁵¹ The FLHS Office was established in the early 80s and existed before both the *French Language Services Act* and the *Local Health Service Integration Act* came into force.

⁵² Following the government-wide restructuring of French language services and the creation of FLS clusters, the FLHS Office was transferred to the Corporate

Management Branch of the Corporate and Direct Services Division.

⁵³ KPMG, *MOHLTC-LHIN Effectiveness Review Final Report*, Ministry of Health and Long-Term Care, September 2008. This report is available in English only on the Ministry's website: http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/effectiveness_review_report.html (page consulted in March 2009).

⁵⁴ The LHINs were established in 2005.

An observation is that the LHINs have been very involved in planning but due to the delayed release of the Provincial Strategy, and because LHINs are still getting to know the needs of their regions, there has not been sufficient prioritization of the planning function and planning bodies. LHINs need to prioritize their activities and balance provincial priorities with local priority needs. This should allow them to also focus more resources on system transformation.⁵⁵

Consequently, KPMG recommended that the LHINs prioritize or simply eliminate some community engagements. This makes it easier to understand the tensions that the LHINs are clearly experiencing in their attempts to please everyone. And when the needs are so critical, it is clearly tempting to drop the need for Francophone community engagement in favour of other more loudly voiced or seemingly more urgent priorities.

The difference being that, for Francophone communities, the assurance of engagement comes from the Legislative Assembly itself. All too often, the needs of the Francophone community are overshadowed by those of the majority. This is why the legislator so wisely stipulated the legislative requirement that the LHINs *had* to engage the Francophone community in the geographic area for their respective networks and that one of the ways to achieve this was through French language health planning entities.

20 3.1.2 Accountability

By virtue of their nature and role, the LHINs are accountable to the government and must justify their budgetary and administrative decisions through their performance on the priorities identified by the Ministry. To meet this requirement, the Ministry concludes a specific agreement with each LHIN.

Each LHIN must ensure not only that French health services are available, but also that the needs of Francophones are taken into consideration in planning the local health system, i.e. in the geographical area served by the LHIN. This task is especially challenging due to the lack of reliable data and representative stakeholders because the planning entities for which provision is made in Act have not yet been created.

In spite of these deficiencies, the LHINs must still engage, fund and integrate health services in their geographic areas while identifying services providers that can provide French language health services and recommending designation of these providers to the MOHLTC. It is up to the LHINs to review the designation plans and to make recommendations to the MOHLTC for the full or partial designation of health service providers under the FLSA. It also falls to the LHINs to evaluate the human resource capability of their health service providers in order to improve the access and accessibility of the health services offered to Francophones.

The LHINs will not achieve these outcomes on their own. This is why the legislator provided for French language health planning entities to help the LHINs to complete their mandate.

It is not clear at this point which governance model, policies, mechanisms and procedures will be put in place to meet this requirement of accountability to the public, or what recourse will be made available to members of the public who wish to file a complaint and who want an explanation for, or changes made to, the decisions of each LHIN.

LHINs are also accountable to the communities they serve and they must be able to justify the decisions they make publicly and unequivocally. The LHINs are not required to follow all of the recommendations made by their French language health planning entity, but they must be able to explain their actions or decisions not to take action. For example, if a service is not available in a region due to a shortage of bilingual staff, the LHIN must be able to present a staff training, recruitment and retention plan.

⁵⁵ KPMG, op. cit., p. 44.

3.1.3 Evaluation of Performance

The MOHLTC uses a three-pronged approach to evaluate the performance of service providers who offer French language health services: its annual planning process, the Ministry and LHIN performance process, and the LHIN-service provider performance process.

Every year, the Ministry reports on services offered in French through its results-based management plan. It submits a report to the Treasury Board with information on access to services, community engagement, integration and participation of Francophones.

These results are based on the percentage of programs and divisions that integrate the needs and take into account the concerns of their Francophone clientele in their operational procedures, based on the number of designated positions provided or on the percentage of LHINs in a designated area that have an adequate distribution of French language health service providers. These data collected from the LHINs are used as key performance indicators and enable the Ministry to evaluate the performance of the LHINs in the area of French language services.

The MOHLTC and the LHINs must ensure that, in the designated areas, the health services put in place for the Francophone community are quality services. The specific responsibilities of the MOHLTC and the LHINs are clearly stated in the LHSIA. Section 5 states that the objects of the LHINs are to:

"[...] ensure that there are appropriate processes within the local health system to respond to concerns that people raise about the services that they receive; [...] evaluate, monitor and report on and be accountable to the Minister for the performance of the local health system and its health services, including access to services and the utilization, co-ordination, integration and cost-effectiveness of services."⁵⁶

The LHINs are government agencies within the meaning of the *FLSA*. They must ensure that French language service requirements are met within the geographic area they serve. They are accountable within the meaning of the *FLSA* and to the Francophone population.

Like every agent of the Crown, the LHINs contribute to the Results-Based Plan that the MOHLTC must produce annually in order to obtain its financial resources. Where French language services are concerned, there are four key results areas.⁵⁷

It is also important to have clear provisions for performance indicators in the area of French language services. In a field such as health, the quality of the services that are delivered locally must be a key performance indicator. Unfortunately, the current proposed regulation does not take such a measure into account, and I feel that an opportunity to strengthen the accountability of the LHINs has been missed.

The measures proposed by the Ministry and included in the accountability agreements focus more on inputs and outputs than on strategic and operational plans based on real needs identified by the population. The proposed measures will not give us results such as improvements in the health of Francophones.

Under the accountability agreements, agencies are currently required to provide an overview of their service plan for the following fiscal year, a report on the actions taken to improve service integration, an analysis of their situation that includes challenges and obstacles, and an evaluation of their performance during the previous fiscal year. The LHINs do not follow up to ensure that services are actually offered in French by providers committed to do so.

⁵⁶ LHSIA, s. 5.

⁵⁷ The first area relates to the ability to actively offer French services that are equivalent to those being offered in English. This also applies to services offered electronically or through partnerships. The second area concerns the public's and government employees' knowledge of the Act and its implications for the delivery of services. The third area concerns the integration of the legislative requirements with respect to French language services in the development of strategic plans

and decision-making mechanisms, and in all activities to transform and modernize the government. Lastly, the fourth area concerns the participation of Francophones in every public consultation activity and their equitable representation on the boards of directors of agencies, boards and commissions created by the government. For more information, please refer to the French Language Services Commissioner's first annual report 2007-2008, Chapter 4 (4.2.1 Critical Analysis): http://www.flsc.gov.on.ca/files/4606_Eng_03LR.pdf

Nor does establishing an accessibility index based on the number of designated bilingual positions in an institution guarantee that a member of the public will receive services in French when they are needed. Other factors come into play, for example employee specialties and their distribution. To truly ensure accessibility, each institution must be required to conduct an inventory of the services it offers and take specific actions to ensure that these services are offered in French. This is not a matter of hiring more staff; rather, it is a matter of adequate staff distribution and availability.

These indexes rely too heavily on numerical factors of varying significance, without requiring a strategic and operational plan to improve performance and outcomes in terms of the public's health.

In addition, because they are based on subjective reports prepared by administrators and, to my knowledge, no independent audits are conducted of the quality of the services offered or the language skills of the service providers, these results are not all that meaningful.

3.2 Links between the MOHLTC and Ontario's Francophone Community

To advise the Minister of Health and Long-Term Care on issues pertaining to the delivery of health services to Francophone communities and on priorities and strategies for the provincial strategic plan for these communities, the LHSIA provides for the creation of a "French Language Health Services Advisory Council".⁵⁸ This advisory council was established in November 2007. By regulation, members must be chosen from a specific list of organizations representing the Francophone community.⁵⁹

3.2.1 Importance of Data to the Planning Process

One must know one's clients in order to serve them well. This is true in all areas of human endeavour, including the field of health. Collecting data on public health is an ongoing challenge. Millions of dollars are spent each year to collect, compile and interpret statistical data. Reliable data are crucial to any health service planning exercise, but collecting reliable data, whether for research on mental health or on the lifestyle and behaviours of certain populations, such as people with diabetes, is no small task.

This data can be collected in a variety of ways. One method is the interpretation of statistical data, for example from the Canada Health Survey.⁶⁰ Another is the use of soft data on specific target populations collected through focus groups and surveys or through community consultations.

Unfortunately, there are very few studies on access to French language health services. This is largely due to the fact that the various provincial databases contain very little information on the delivery of French health services. Because health institutions are not required to include a language variable on their intake forms, few data exist on the actual consumption of health services by Francophones. What is more, the MOHLTC has not really succeeded in integrating the Francophone component into its research plans over the years.

The specific or defining characteristics of a target population⁶¹ are crucial when the time comes to plan adequate health resources on a regional and local basis, taking language into account. A Francophone patient's language must be considered a characteristic – a *defining* characteristic – by a health service. French must not be a language barrier for a Francophone patient when receiving medical care.

Understandably, LHINs, which are still very new, have not yet developed the reflex of fully grasping the health care needs of the Francophone population. Be that as it may, the FLSA has been in effect since 1989 in the vast majority of designated areas. Failure to act also has consequences. **A lack of reliable data is preventing the planning of appropriate solutions to the health problems that are specific to Ontario's Francophone communities.**

⁵⁸ LHSIA, s. 14(2).

⁵⁹ Ontario Regulation 162/07 permits the creation of the French Language Health Services Advisory Council. Its members include: *Alliance des réseaux ontariens de santé en français*, *Assemblée de la francophonie de l'Ontario*, *Association française des municipalités de l'Ontario*, *Fédération des aînés et retraités francophones de l'Ontario*, *Groupe francophone de l'Association des centres de santé de l'Ontario*, *Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario*, and *Union Provinciale des Minorités Raciales et Ethnoculturelles Francophones de l'Ontario*. Available online: <http://www.pas.gov.on.ca/scripts/en/boardDetails.asp?boardID=141560> (page consulted in March 2009).

⁶⁰ The Canada Health Survey provides data on the lifestyle and health of Canadians and these data complement existing administrative databases. The Canada Health Survey data are used by provincial governments for monitoring the health of the population and implementing policies and programs. These data are also used by universities and foreign countries for research and comparative studies.

⁶¹ Picard and Allaire (Eds.), op. cit., p. 136. These defining characteristics are described in the 2005 Institut franco-ontarien report on the health of Francophones in Ontario, which offers a regional profile of the unique features and specific needs of the province's Francophones.

3.3 Links between LHINs and Francophone Communities

In accordance with the objectives of the *Local Health System Integration Act*, 2006, and the *French Language Services Act*, a LHIN that does not follow all of the recommendations of its French language health planning entity must be able to justify this decision. Making a decision is one thing, but being publicly accountable for it is quite another. If a LHIN is unable to justify an administrative decision, this would constitute a departure from the mandates set out in both acts. This is why I believe that the proposed regulation is flawed. Moreover, reporting administrative decisions in the LHINs' annual report is clearly inadequate. Other accountability measures must be put in place to reassure the Francophone population that the statutes and regulations, including the *French Language Services Act*, are being enforced. For example, the proposed regulation must make provision for at least one annual meeting before making any health service planning decisions. As Commissioner, I see this as the minimum, because it would be unacceptable for a government agency, such as a LHIN, to be unable to justify a decision that went against the recommendations of its French language health planning entity.

3.4 The French Language Services Coordinators

The LHINs have never really understood their new responsibilities where French language services are concerned. Furthermore, the MOHLTC has not succeeded in explaining to them their obligations in the area of French language services, or in adequately coaching them so that they are able to meet these new obligations.

The LHINs must have a clear and unequivocal understanding of their new obligations in the area of French health services. The first step in this process is the adoption of a regulation that is equally clear on this matter. The MOHLTC must also increase its support to the LHINs, both in terms of human resources and in terms of structures.

During the public consultations that were held on the proposed regulation in the Fall 2008, I suggested that provision be made for **French language services coordinators** for each LHIN. On average, each LHIN has 23 full-time employees, seven of whom are dedicated to the planning, integration and community engagement component.⁶²

After careful consideration, I am now making this a recommendation. The person chosen for this position must be at the management or senior management level. Naturally, the position would be a designated bilingual position. Ideally, this position would be that of Senior Director, Planning, Integration and Community Engagement.

In my first annual report, I emphasized the importance of taking French language services into consideration right from the policy, program, service and product design stage. Section 13 of the *French Language Services Act* provides for the appointment of a French language services coordinator within each ministry. The legislator's intention was to ensure that these coordinators had direct access to their respective deputy ministers, in order to facilitate the work of planning, internal liaison and follow-up. In the case of the LHINs, if the French language services coordinators were actively involved in their LHIN's strategic planning process, it would be easier to integrate the concept of useful and effective French language services for the well-being of the Francophone communities in the region served by the LHIN.

The primary responsibility of the French language services coordinator within a LHIN would be to supervise the integration of French language services in the LHIN's short, medium and long-term strategy. The coordinator would thus act in an advisory capacity with respect to needs and priorities, and as a liaison both with the Ministry and with the Francophone communities. In addition, by having direct access to the chief executive officer, this person would be in a position to influence the design of the LHIN's strategic directions.

The primary activity of the French language services coordinator within each LHIN would be to ensure follow-up of the activities of the French language health planning entity. This new role must also be described in the proposed regulation.

⁶² KPMG, op. cit., p. 64.

Conclusion

Health officials must be made accountable for their obligations and responsibilities in the area of French health services. **A specific and public process of accountability must be implemented to ensure compliance with the obligations of the health system in terms of the access to and quality of French language health services.**

The responsibility for ensuring access to and the quality of French language services must be laid down in an accountability framework to ensure oversight and accountability. The expectations must be clear, performance indicators must be in place, and reports must be required in order to evaluate the progress that has been made.

RECOMMENDATIONS

Recommendation 5

The Commissioner recommends that principles of governance be developed in partnership with the Francophone community and that they be made public and submitted to a public consultation.

Recommendation 6

The Commissioner recommends that greater emphasis be placed on identifying the specific needs of the Francophone population and that the performance measures and the results be validated by the target population and evaluated by an independent entity.

Recommendation 7

The Commissioner recommends that the LHINs' organizational structures be modified in order to provide for the addition of a French language services coordinator position within each LHIN. This position must be filled by a senior manager.

Complaints about French Language Health Services

Francophone citizens who wish to file a complaint often become lost in the complexity of the health care system. They must be made aware that, just like any other member of the public, they may file a complaint against a health institution over the access to or quality of health services in French, whether or not they received these services. Complaints have a crucial purpose as they provide direct feedback about a public service and can be used to improve it. Unfortunately, members of the public are not adequately informed of their language rights. Health service providers have a responsibility, just like the LHINs and the ministries, in this regard.

4.1 Value of the Complaint Process

Filing a complaint is constructive when it has to do with ensuring respect for the user's rights. It is the most effective way to express frustration and dissatisfaction with a lack of French language services or with their poor quality. Those who complain help to improve the quality of French language health services, and make the agencies that deliver them and those that gave them their mandate accountable.

4.2 Filing a Complaint

Members of the public may file a complaint directly to the health institutions, also named services providers. They can also make a complaint to the LHIN or to the ministries, depending on the circumstances. At all times, they can address a complaint to the Office of the French Language Service Commissioner.

4.2.1 Health Institutions (Service Providers)

A wide range of services is offered by a large number of organizations: hospitals, community health centres, long-term care facilities and homes, family health care teams, health professionals, etc. Every day, thousands of health care workers belonging to a myriad of organizations perform thousands of procedures. It is plausible that complaints may arise from all those procedures. A complaint derived from those acts is probably the most common type of complaint; as it relates to access to a service or to the quality of a service, whether or not it was delivered, by a health institution such as a hospital, a community health centre, etc.

The vast majority of health institutions have created ombudsman positions within their establishment, someone who is assigned to receive and treat patient's complaints. **It is important to try and ensure that each institution assumes responsibility for the French Language services it is supposed to provide.** If an institution is fully or partially designated, or has been identified as having to deliver health services in French, patients should know that they can address a complaint to these institutions.

Unfortunately, citizens are often not even aware of their language rights. Moreover, when they are, it is not when they feel sick and vulnerable that they are going to claim them, even though this would contribute to ensuring that they receive the best diagnosis and treatment possible. Therefore, it is vital to fully understand the patient. It is equally important to ensure that, when patients give their informed consent for a proposed treatment, they understand its repercussions.

The government and the LHINs must play a key role in ensuring that service providers inform patients of the fact that they can file a complaint over a deficiency in a French language health service. This, too, is a matter of accountability and transparency.

If the complaint concerns a professional practising in a health care institution, such as a physician, dentist, pharmacist or resident physician, the Office of the French Language Services Commissioner will redirect the complaint to the applicable service provider or professional body and notify the complainant of its action.

Physicians, dentists or other health care professionals in private practice are not subject to the *French Language Services Act*, but citizens can still address complaints directly to the appropriate professional body.

However, sometimes the institution in question is not able to receive a complaint regarding an alleged breach of the *FLSA*, or its response is not entirely satisfactory. In this case, the complaint may be sent to the Office of the French Language Services Commissioner in order to determine the circumstances and any appropriate action.

4.2.2 LHINs and Ministries

Some individual complaints may become systemic complaints if they are recurrent. Systemic complaints may relate to a wide range of situations such as the organization of services or the configuration of the health care system as a whole. Such complaints may be filed by an individual citizen or a group of citizens. Systemic complaints generally have to do with an organizational deficiency preventing adequate access to French language health services or a flawed accountability process or even the governance structure of a particular institution that does not ensure adequate representation of the Francophone community.

Because I am advocating making officials in the health care system accountable, I recommend that members of the public address their complaints directly to the LHIN or the ministry concerned, such as the Ministry of Health and Long-Term Care or the Ministry of Health Promotion, unless the agency reports to the federal government.

Complaints may also be directed to the French Language Services Commissioner. The Office of the French Language Services Commissioner will then be in a position to put questions of a systemic nature directly to the institution in question.

When in doubt, a member of the public may always contact the Office of the French Language Services Commissioner. The Office team will know how to redirect the complaint, if necessary, and provide the appropriate follow-up.

26

4.2.3 Office of the French Language Services Commissioner

Members of the public may file a complaint with the Office of the French Language Services Commissioner at any time. Under the *French Language Services Act*, the Office has the power to conduct investigations and is there to process the complaint, promote quality of service, and ensure that citizens' rights to French language services are respected. The Office will make use of the complaints process of the service provider or professional body concerned and ensure that any complaint it receives is followed up.

All government institutions and agencies must cooperate in the review of complaints that are the subject of an investigation. In the field of health, health care institutions that are designated within the meaning of the *FLSA* are among the organizations that the Commissioner may investigate. The same is true for the LHINs, which fall within the definition of a "government agency" in the Act. After information is collected and an initial analysis performed, the Commissioner shall decide whether the complaint is admissible and proceed accordingly.

The goal is not to make the system less complex, but to ensure that all of the stakeholders in the system assume their responsibility for continuity of service to the public so that the public receives services that are integrated and adapted to its needs, regardless of how complex they are. Like all Ontarians, Francophone Ontarians are entitled to quality services in French.⁶³

Conclusion

Members of the public expect that health institution officials will receive their complaints. They anticipate that their complaints will be examined to pinpoint the problem and that efforts will be made to resolve it. The complainant expects to be notified of the results of the investigation into his complaint.

The conclusions of the investigation must include solutions for resolving the issue or recommendations for corrective measures to be taken by the individuals involved. Lastly, members of the public expect their complaints to be handled in complete confidentiality. **As the French Language Services Commissioner, I encourage Ontarians to participate actively, to get involved, and to make themselves heard when they are not satisfied with the quality of the services, by contacting either the institution concerned or the Office of the French Language Services Commissioner.**

RECOMMENDATIONS

Recommendation 8

The Commissioner recommends to the government that clear guidelines be issued to the LHINs about establishing a complaint procedure, as part of the accountability and performance evaluation measures, that is clear and easy-to-follow by any member of the public who feels that a service provider failed to provide adequate access to French language services or that the quality of such services was deficient.

⁶³ The Ontario Quality Health Council defines quality as a system that is accessible, equitable and patient-centred. For further details: http://www.ohqc.ca/en/strategic_plan.php (page consulted in March 2009).

Consequences of Not Taking Action

For the Francophone population, the consequences of not taking action are very serious. If nothing is done to improve the delivery of French language health services, there will be a direct impact on the health of Francophones. There will also be significant repercussions for the health care system and health care professionals. There will inevitably be a costly lack of efficacy and efficiency, which we can ill afford in the current context of scarce resources. Every day, health professionals see the negative impact of language barriers and cultural barriers on the quality of services that they hope will match their professional commitment. We could see a lack of quality health care combined with over-worked Francophone medical staff, resulting in an increase in the amount of overtime, as well as significant costs caused by inefficiency that sometimes may even lead to absenteeism.

Hence, access to French language health services is an issue of quality of service that must be of concern to every stakeholder in the health care system. Much remains to be done to improve the health and well-being of the Franco-Ontarian population and to bring its health and quality of life to a level comparable to that of the general population of Ontario. Much especially remains to be done to ensure that Francophones have adequate access to quality health services.

Access to French language health services must not be treated as an isolated issue or a separate function by health officials. It is a fundamental component that must be integrated into the clinical, organizational, and systemic aspects of the organization of health services in Ontario.

Ontario's health system is firmly based on the principle of quality of service. As the French Language Services Commissioner, I would like the officials in this system to acknowledge that these principles also apply to access to services that are delivered competently in terms of language and culture.

I recognize that major changes are required and that these changes will be gradual. However, I firmly believe that improving the French language health services that are available in the system must be done with the active involvement of the Francophone community. The community must continue to contribute to the process of designing and implementing government policies in a spirit of understanding, exchange and dialogue. It is important that the community understand the government's motivations and priorities so that it can articulate its own needs and defining characteristics. And this is what the Ministry must ensure as well.

The consequences of not taking action will be very serious for Francophones who are sick and vulnerable if, in addition to dealing with their health challenges, they must grapple with not being understood by health care providers or by a system that has a mission to relieve their pain and, if possible, cure their disease. For this reason, I am calling on the Francophone community, the government, and stakeholders in the health system to engage in an urgent and unprecedented joint course of action to make improved health for Francophones a priority.

LIST OF ACRONYMS

CCAC – Community Care Access Centre

CCFSMC – Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities

FCFA – Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada, an association representing the Francophone and Acadian communities in Canada

FLHS – French Language Health Services

FLSA – *French Language Services Act*

LHIN – Local Health Integration Networks

LHSIA – *Local Health System Integration Act, 2006*

MOHLTC – Ministry of Health and Long-Term Care

MHP – Ministry of Health Promotion

**Rapport spécial sur la planification
des services de santé en français
en Ontario, 2009**



Pour communiquer avec le Commissariat aux services en français :

Numéro sans frais : 1 866 246-5262

À Toronto : 416 314-8013

ATS (téléimprimeur) : 416 314-0760

Télécopieur : 416 314-8331

Courriel : flsc-csf@ontario.ca

Ce document est aussi disponible en format illustré PDF sur le site Web du Commissariat au www.csf.gouv.on.ca, sous la rubrique « publications ».

Pour vous procurer un exemplaire gratuit de ce document, vous pouvez faire parvenir votre demande :

Par la poste : Commissariat aux services en français de l'Ontario

700, rue Bay, bureau 2401

Toronto ON M7A 2H8

Par courriel : flsc-csf@ontario.ca

NOTE : le masculin utilisé dans ce document vise uniquement à alléger le texte.



Sources Mixtes

Groupes de produits issus de forêts bien
gérées et d'autres sources contrôlées.
www.fsc.org Cert no. SGS-COC-005833
© 1996 Forest Stewardship Council

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2009

ISBN 978-1-4249-8518-0 (Imprimé)

ISBN 978-1-4249-8521-0 (HTML)

ISBN 978-1-4249-8522-7 (PDF)

Mai 2009.

L'honorable Madeleine Meilleur
Ministre des Services sociaux et communautaires
Ministre déléguée aux Affaires francophones

Édifice Hepburn
6^e étage
80, rue Grosvenor
Toronto ON M7A 1E9

Madame la Ministre,

Conformément au paragraphe 12.5 (2) de la *Loi sur les services en français*, je vous sou mets le rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario du commissaire aux services en français, afin que vous puissiez le déposer à l'Assemblée législative.

1

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma haute considération.

Le commissaire aux services en français de l'Ontario,



François Boileau

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
RECOMMANDATIONS	4
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
CHAPITRE 1 – Une communauté partenaire	7
1.1 Portrait d'une communauté et ses besoins	7
1.1.1 Caractéristiques des francophones	7
1.1.2 Mythes	8
1.2 Accès insuffisant aux services	8
1.2.1 Manque de ressources humaines	9
1.2.2 Offre active	10
1.3 Une communauté partenaire	10
1.3.1 Exemple des centres de santé communautaire	11
1.3.2 Exemple des Réseaux de santé en français	12
CONCLUSIONS	12
RECOMMANDATIONS	12
CHAPITRE 2 – Obligations et opportunités	13
2.1 Principes généraux	13
2.1.1 La <i>Loi sur les services en français</i> dans le contexte de la santé	13
2.1.2 Organismes désignés partiellement ou en totalité	14
2.1.2.1 Obligations reliées à la désignation et à l'identification	14
2.2 Principaux acteurs	15
2.2.1 Rôle des ministères	15
2.2.2 Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	16
2.2.3 Projet de règlement sur l'engagement de la collectivité francophone	17
2.2.3.1 Principales préoccupations au projet de règlement	17
CONCLUSIONS	18
RECOMMANDATION	18
CHAPITRE 3 – Planification et gouvernance	19
3.1 Liaison entre le ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD) et les RLISS	19
3.1.1 Création et rôle de la Direction de la liaison avec les RLISS	19
3.1.2 Imputabilité	20
3.1.3 Évaluation de la performance	21
3.2 Liens entre le MSSLD et la population francophone de l'Ontario	22
3.2.1 Importance des données dans la planification	22
3.3 Liens entre les RLISS et les communautés francophones	23
3.4 Les coordonnateurs des services en français	23
CONCLUSION	24
RECOMMANDATIONS	24
CHAPITRE 4 – Plaintes en matière de services de santé en français	25
4.1 Utilité de la plainte	25
4.2 Déposer sa plainte	25
4.2.1 Établissements de santé (fournisseurs de services)	25
4.2.2 RLISS et ministères	26
4.2.3 Commissariat aux services en français	26
CONCLUSION	26
RECOMMANDATION	26
CONCLUSION – Conséquences de l'inaction	27
LISTE DES ACRONYMES	28

SOMMAIRE

Le présent rapport spécial porte sur l'importance d'intégrer les services en français dans la planification des soins de santé en Ontario. Tout au long de son rapport, le commissaire expose les obligations et les responsabilités des principaux acteurs du système de santé en matière de prestation des services en français. Il appuie et ponctue ses propos avec des témoignages recueillis au sein de la population francophone de l'Ontario avant de finalement présenter ses conclusions et recommandations.

Le commissaire présente au premier chapitre un tour d'horizon de la population francophone de l'Ontario. Il y souligne que la population francophone a des besoins spécifiques et des caractéristiques propres qui diffèrent du reste de la population de l'Ontario lorsqu'il est question de santé. Le manque de ressources humaines ainsi que les mythes existants à l'effet que les francophones sont tous bilingues représentent des défis. C'est pourquoi le commissaire insiste sur la présence de structures déjà existantes dans le système de santé, et dans les communautés, qui doivent être considérées et reconnues comme partenaires dans la planification des services.

Le message du commissaire à cet endroit est clair : faire de la communauté francophone, et ses organisations, de véritables partenaires dans la planification des soins de santé en français. Il faut s'inspirer de ces modèles d'offre active de services adaptés à une collectivité aux besoins particuliers.

C'est d'ailleurs en ce sens que poursuit le commissaire au deuxième chapitre. En planifiant en fonction des besoins des individus et des communautés francophones, le gouvernement s'acquittera de ses obligations face à la *Loi sur les services en français* (LSF) et la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL). Le commissaire expose donc les rôles et responsabilités des ministères et des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en matière de planification de services de santé en français.

Ces derniers étant des organismes gouvernementaux au sens de la LSF, ils doivent engager la communauté francophone dans l'élaboration de leurs plans de services de santé s'ils œuvrent dans des régions désignées. Voilà pourquoi le commissaire revient à la charge et recommande à la fin du deuxième chapitre de modifier l'actuel projet de règlement sur l'engagement de la collectivité francophone afin d'y inclure de réelles entités de planification, tel que le prévoit la LISSL.

Le commissaire renchérit au troisième chapitre avec la responsabilité des RLISS face à de telles entités de planification. Le commissaire recommande l'ajout d'un coordonnateur des services en français au sein de chaque RLISS. Il vise ainsi à assurer le suivi des activités de l'entité de planification des services de santé en français tout en rendant chaque RLISS imputable de leurs décisions administratives. Ceux-ci doivent justifier les prises de décisions, actions ou inactions, auprès des communautés francophones desservies. Il en va de l'établissement d'un processus de reddition de compte pour assurer les obligations du système de santé dans l'offre de services de qualité en français.

Au quatrième chapitre, le commissaire recommande que des directives claires soient établies sur la procédure à suivre pour porter plainte en cas de manque d'accessibilité et de qualité d'un service de santé offert en français. Le citoyen est en droit de s'attendre à des services en français de qualité de la part des différents fournisseurs et instances du système de santé, qu'il s'agisse d'hôpitaux, des centres de santé ou même des RLISS. Si ce n'est pas le cas, le citoyen doit pouvoir facilement porter plainte. Cela doit être clairement établi, indiqué et simple de s'y retrouver.

Si le système de santé ontarien est axé sur des principes de qualité des services, le commissaire s'attend à ce que ce soit également appliqué à l'accessibilité de ces services. Car l'accès à des services de santé en français de qualité ne doit pas être écarté, mais traité comme un enjeu ayant un impact direct sur la santé de la population francophone. Après tout, un citoyen qui reçoit des services dans sa langue en tire de grands bénéfices, dont celui de voir sa santé améliorée.

Le commissaire conclut son rapport spécial en mettant l'accent sur les conséquences de l'inaction et l'urgence d'agir, puisqu'il en va de la santé de la population francophone, prémisses sur laquelle il a fondé ses huit recommandations.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

Le commissaire recommande que les ministères et les instances du système de santé prennent en compte les caractéristiques propres de la communauté francophone dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques de santé et leurs politiques sociales qui visent à améliorer la santé de la population.

RECOMMANDATION 2

Le commissaire recommande que le gouvernement et les instances du système de santé considèrent l'accès à des services de santé en français comme un critère de qualité des services, d'efficacité et d'efficience du système.

RECOMMANDATION 3

Le commissaire recommande au gouvernement d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies spécifiques, impliquant la communauté francophone, pour favoriser la formation, l'identification, le recrutement, la rétention et la mobilisation des ressources humaines francophones en santé.

RECOMMANDATION 4

Le commissaire recommande au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de modifier le projet de règlement afin de revenir au libellé de la LISSL et de prévoir de réelles entités de planification de services de santé en français, pour chacun des RLISS ou pour des regroupements de RLISS.

RECOMMANDATION 5

Le commissaire recommande que des principes de gouvernance soient développés en partenariat avec la communauté francophone et que ceux-ci soient rendus publics et soumis à une consultation publique.

RECOMMANDATION 6

Le commissaire recommande que davantage d'emphasis soit mise sur l'identification des besoins réels de la population francophone, puis que les mesures de performance et les résultats soient validés par la population cible et évalués par des instances indépendantes.

RECOMMANDATION 7

Le commissaire recommande que les structures organisationnelles des RLISS soient modifiées afin de prévoir l'ajout d'un poste de coordonnateur des services en français au sein de chaque RLISS. Ce poste doit être occupé par un haut gestionnaire.

RECOMMANDATION 8

Le commissaire recommande au gouvernement que des directives claires soient émises aux RLISS afin que, dans le cadre des mesures d'imputabilité et d'évaluation de performance, la procédure à suivre pour porter plainte lorsque le citoyen se sent lésé en matière d'accès et de qualité de services en français de la part d'un fournisseur de services, soit claire et conviviale pour le citoyen.

Lors de mes années étudiantes, j'ai eu le privilège de travailler comme préposé aux bénéficiaires dans différents hôpitaux. Au-delà de la souffrance, de la douleur et de la mort, j'ai été témoin privilégié de l'empathie, du courage, de l'abnégation et de la force de caractère du personnel de la santé. Je peux vous assurer de mon plus profond respect à l'égard de tous ces gens qui œuvrent de près ou de loin dans le domaine de la santé. Travaillant dans des conditions pas toujours idéales et agissant à l'intérieur de systèmes complexes, les professionnels de la santé ainsi que tous les nombreux bénévoles qui gravitent autour d'eux représentent à mes yeux la quintessence de ce que l'humanité produit de plus noble.

Depuis que j'ai été nommé commissaire aux services en français, j'ai été à plusieurs reprises interpellé sur la question des services de santé en français. Je suis très conscient des préoccupations des citoyens francophones en ce qui a trait à l'accès à des services de santé en français de qualité. Je sais très bien que lorsqu'on est malade, on se sent vulnérable, pas toujours en plein contrôle de ses moyens, et qu'il est difficile de s'exprimer dans une autre langue pour décrire son mal. Après tout, c'est en premier sur les genoux de notre mère que nous apprenons à dire ce qui nous trouble pour y trouver confort et soulagement. Je suis donc conscient que, malgré le fait que plusieurs Franco-Ontariens soient bilingues, ils souhaitent des services de santé en français.

J'ai aussi entendu de la population francophone qu'elle n'est pas prête à accepter des compromis sur la qualité des services de santé qu'on lui offre; qu'elle veut contribuer à la recherche de solutions pour un accès et une qualité améliorée de services et un meilleur état de santé de ses membres.

D'autre part, je reconnais la volonté manifeste des instances du système de santé d'améliorer l'accès aux services et d'en assurer une qualité impeccable à l'ensemble de la population ontarienne. C'est dans ce contexte que je m'adresse, dans ce rapport spécial, à la population francophone et aux acteurs du système de santé pour y présenter mes constats et formuler mes recommandations.

Je souhaite également que ce rapport puisse aussi aider les instances du système de santé à mieux comprendre et surtout mieux assumer leurs obligations en matière de services de santé en français. D'autant que pour plusieurs nouveaux joueurs importants, dont certainement les Réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS), il importe que les responsabilités en matière de services de santé en français soient clairement comprises. À la suite du dépôt du projet de règlement concernant l'engagement de la collectivité francophone en septembre 2008 en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, je me suis aussi rendu compte qu'il y a une mauvaise compréhension des enjeux entourant la question de la planification des services de santé en français. Il est impérieux de corriger le tir dès maintenant, d'où l'urgence d'agir.

Enfin, j'espère m'associer aux efforts de tous pour améliorer l'accès et la qualité des services de santé en français dans la province. Je voudrais tellement que le citoyen francophone se reconnaisse dans le système de santé, qu'il se sente accueilli, compris et en confiance.

Plus de la moitié des francophones en Ontario jugent important que les services du gouvernement provincial leur soient offerts en français dans le domaine de la santé¹. Avec une population totale d'environ 13 millions de personnes, le défi du gouvernement de l'Ontario d'offrir des soins de santé de qualité, et ce, sur une base quotidienne, relève presque de l'art de l'impossible. Et pourtant, des milliers de gens² accomplissent jour après jour, nuit après nuit, des tâches colossales qui demandent des ressources considérables tant financières qu'humaines.

« Un homme francophone s'est fait prescrire une pompe de "nitro" par son cardiologue anglophone. Lorsqu'il est retourné au centre de santé pour faire le suivi sur son ordonnance et ses troubles cardiaques, l'infirmière praticienne s'est rendu compte qu'il n'avait pas compris comment utiliser sa pompe pour le cœur, étant donné sa capacité limitée à comprendre et à s'exprimer en anglais. Le patient croyait qu'il s'agissait plutôt d'une pompe de ventilation. Il n'utilisait donc pas sa pompe lorsqu'il en avait véritablement besoin. Les conséquences auraient pu être gravement néfastes pour ce patient s'il n'avait pas fait son suivi rapidement avec le centre de santé francophone. »

— JOCELYNE MAXWELL, directrice générale

Centre de santé communautaire du Témiskaming

Depuis l'adoption de la *Loi sur les services en français* (la LSF)³ en 1986, le citoyen ontarien est en droit de s'attendre à des services de qualité égale de la part du système de santé, et ce, en français. Il importe de se rappeler qu'il y a 20 ans, les francophones de l'Ontario se préoccupaient davantage de ce qui a toujours été le fer de lance à toute pérennité de la communauté francophone, soit le secteur de l'éducation.

Un événement déclencheur a rappelé à toute la population francophone de l'Ontario, voire du Canada, que le domaine de la santé est un secteur tout aussi important que l'éducation pour assurer le développement de la communauté. Lorsque le gouvernement provincial d'alors a voulu fermer⁴ en 1997 le seul hôpital universitaire francophone à l'ouest du Québec, l'Hôpital Montfort, le cri d'alarme a été entendu par toutes et tous.

Les francophones de cette province se sont aperçus autant de leur force en tant que communauté, que de leur fragilité sur un plan individuel. Ce n'est pas lorsque le francophone se trouve en situation de vulnérabilité, comme patient, qu'il va exiger d'être servi en français.

Partant du principe que la perfection n'est pas de ce monde et qu'il est futile de chercher à garantir le bilinguisme de tout le personnel médical, la communauté francophone de l'Ontario s'est prise en main. Elle s'est organisée. Elle a priorisé. Elle s'est dotée de réseaux⁵. Avec comme résultat que le système de santé peut être fonctionnel, en français, si on y met les efforts voulus et si on planifie de la bonne façon.

¹ Corbeil, Jean-Pierre, Claude Grenier et Sylvie A. Lafrenière. *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, 2006, Ottawa : Statistique Canada, 2007, p. 47.

² En janvier dernier, Statistique Canada a publié les données sur la population. En cette période d'incertitude économique, seul le secteur de la santé semble avoir connu une forte croissance. En effet, en un an, les secteurs des soins de santé et de l'assistance sociale ont enregistré le taux de croissance de l'emploi le plus élevé de toutes les branches d'activité, soit 5,1 % (+95 000), grâce à des hausses dans l'assistance sociale, les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes et les hôpitaux. Pour en savoir davantage, consulter le site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-001-x/71-001-x2009001-fra.pdf>

³ *Loi sur les services en français*, L.R.O. 1990, chap. F.32. Cette Loi est entrée en vigueur en 1989.

⁴ La recommandation initiale prévoyait la fermeture complète de l'Hôpital Montfort, selon le premier rapport de la Commission de restructuration des services de santé de février 1997. Voir Lalonde c. Ontario (Commission de restructuration des services de santé) (2001) 56 O.R. (3d) 577, aux par. 29 et 30.

⁵ Le Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario a été créé, avec un mandat clair, par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tandis que les trois autres réseaux ont été mis en place à la suite d'une initiative fédérale.

Une communauté partenaire

1.1 Portrait d'une communauté et ses besoins

En Ontario, on compte près de 600 000 francophones. Même si des efforts sont fournis pour identifier les particularités de cette population, il y a encore beaucoup à faire pour améliorer la santé et le mieux-être de celle-ci et en arriver à un niveau de santé et une qualité de vie comparables à ceux de l'ensemble de la population de l'Ontario⁸. L'un des facteurs déterminants dans l'amélioration de la santé et du bien-être d'une communauté passe par sa capacité à prendre en charge son développement. Cela indique donc qu'elle doit être impliquée dans la planification et dans la gouvernance de ses propres soins de santé locaux. La population francophone a des caractéristiques propres et des besoins particuliers qui diffèrent de ceux de la population provinciale en matière de santé. Il faut donc reconnaître ces différences lors de la planification des politiques et des services qui touchent la santé, comme le concluait en 2005 le second rapport de l'Institut franco-ontarien et du Service de santé publique de Sudbury sur la santé des francophones en Ontario⁹. Il incombe aux RLSS et à l'entité de planification des services de santé en français, tel que le prévoit la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la LISSL), d'identifier ces besoins et d'y répondre en offrant des services adaptés aux besoins de la population francophone.

1.1.1 Caractéristiques des francophones

Les récentes données de Statistiques Canada¹⁰ permettent de se faire une idée de ce que la population francophone de l'Ontario pense à l'égard des soins de santé en français qu'on lui offre :

- 31 % des adultes francophones de l'Ontario disent parler en français avec leur médecin de famille;
- 20 % des adultes francophones de l'Ontario disent utiliser le français lors de la fréquentation d'un « autre endroit » que le bureau d'un médecin de famille pour des soins de santé;
- 76 % des adultes francophones du Sud-Est de l'Ontario considèrent très important ou important d'obtenir des services de santé en français (65 % à Ottawa et 58 % dans le Nord-Est).

Les Normes de santé publique de l'Ontario reconnaissent que la langue et la culture sont des déterminants de la santé, au même titre que le niveau de revenu et le statut social, l'éducation, l'alphabétisation, le patrimoine biologique et génétique, le sexe, les réseaux de soutien social, l'emploi et les conditions de travail, les habitudes de santé, etc.

Les barrières linguistiques et culturelles¹¹ engendrent bien des effets négatifs sur la qualité des services, l'efficacité et l'efficience du système de santé. Elles réduisent le recours aux services préventifs, influencent la qualité des services où la bonne communication est essentielle, augmentent le temps de consultation, le nombre de tests diagnostics et la probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements. Ces barrières linguistiques et culturelles diminuent également la probabilité de fidélité aux traitements et réduisent la satisfaction à l'égard des soins et services reçus¹².

Tom est un francophone de huit ans qui réside dans l'Est de l'Ontario. Cet enfant souffre d'otite séreuse et nécessite de courtes chirurgies pour l'insertion de tubes aux oreilles.

En 2005, Tom n'a que quatre ans lorsqu'il subit une telle chirurgie. Sa mère insiste à l'époque pour informer toute l'équipe médicale que son fils est francophone et qu'il risque de leur parler en français, même s'il comprend un peu l'anglais. Elle traduit également en français pour son fils tout ce que le médecin mentionne sur la chirurgie. Cela rassure son fils et l'informe de ce qui va se passer.

Lorsque la chirurgie est terminée, Tom ouvre les yeux en salle de réveil et se met naturellement à réclamer, en français, sa mère qui était dans la salle d'attente. L'infirmière, qui ne comprend pas le français, voit que l'enfant s'agite mais ne sait pas ce qu'il dit. Alors qu'il est en parfaite condition, elle lui attribue un calmant qui endort Tom à nouveau.

De longs quarts d'heure passent, ce qui semble anormal et inquiète la mère. Lorsqu'elle va demander à l'infirmière ce qui se passe, on lui dit que son fils marmonnait des choses incompréhensibles et qu'on a conclu qu'il démontrait des signes de confusion postopératoire.

7

⁸ Picard, Louise et Gratién Allaire (dir.), *La santé des francophones de l'Ontario*, Sudbury, Service de santé publique de Sudbury et Institut franco-ontarien, 2005. Disponible en ligne : http://www.sduhu.com/uploads/content/listings/rapport_sante_jano6.pdf (document consulté en mars 2009).

⁹ Ibid.

¹⁰ Corbeil, Grenier et Lafrenière, op.cit., pp. 45 et 48.

¹¹ Le revenu, l'emploi, l'éducation, la sécurité, le logement, la nourriture, la stabilité de l'économie et la viabilité des ressources sont également indissociables de la santé et du bien-être des membres d'une communauté. Pour plus de

détails, consulter le site Web des Normes de santé publique de l'Ontario au : http://www.health.gov.on.ca/french/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophsf/ophsfprotocols.html (page consultée en mars 2009).

¹² Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français : Rapport au ministre fédéral de la santé*, Ottawa, février 2007. Disponible en ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpb-dgps/pdf/olcldb-baclo/cccfsm/2007-cccfsfm/2007-cccfsfm-fra.pdf (page consultée en mars 2009).

La mère était en colère puisqu'il ne s'agissait pas d'incohérence au réveil de son fils, mais du français. Malgré une insistance des parents avant la chirurgie, personne ne semblait reconnaître que l'enfant parlait bel et bien français et qu'il demandait simplement à voir sa mère. Une chirurgie de moins d'une heure a finalement pris une journée entière à l'hôpital pour cet enfant de quatre ans.

Quelques années plus tard, les parents de Tom réitérèrent l'importance, pour les patients francophones, de toujours demeurer attentifs et alertes à leurs besoins et à leurs soins de santé. Cette expérience a miné leur confiance envers le système de santé et a renforcé leur désir d'exiger des services en français à l'avenir.

1.1.2 Mythes

Plus fondamentalement encore, il existe un grand problème de perception, voire de mythes persistants. Un francophone en Ontario est parfaitement bilingue. Il n'a donc pas besoin de services de santé en français. Lorsque vient le temps de se faire soigner, la langue n'est pas importante. Et puis, pourquoi traiterai-je le français différemment de toutes les autres langues parlées en Ontario?

On soulève souvent cette question de la pertinence du français en Ontario, alors que cette province connaît l'utilisation de centaines d'autres langues. Le français jouit d'un statut particulier en Ontario, de par la Constitution et des autres lois provinciales, mais aussi de par l'apport historique et contemporain des membres de la communauté francophone à la société ontarienne. Les droits inscrits dans la LSF ne sont pas des privilèges accordés aux francophones. Ils se sont battus avec acharnement, conviction et courage aux cours des derniers siècles pour obtenir la reconnaissance politique et législative de leurs droits.

Qui plus est, on a souvent tendance à occulter le fait que le français est aussi une langue d'accueil pour un grand nombre de personnes¹¹. Ces mythes existent. Il faut les combattre avec vigueur.

« Une dame âgée de près de 80 ans se rend dans une clinique sans rendez-vous pour un malaise puis obtient une ordonnance. Elle commence sa médication même si elle ne la comprend pas, tout comme la posologie en anglais. Au bout d'une semaine, elle ne se sentait pas bien et elle est venue à notre centre. Le personnel lui a expliqué clairement les effets de cette médication et l'importance de bien suivre la posologie. Le personnel médical a donc modifié sa médication puisqu'il y avait des risques d'aggraver sa situation et aurait pu lui nuire au lieu de l'aider. »

– **MARC BISSON**, directeur général

Centre de santé communautaire de l'Estrie

Il est tout simplement faux d'affirmer ou de croire que tous les francophones en Ontario sont de toute façon bilingues. **Ce n'est pas lorsque le patient se retrouve en situation de vulnérabilité qu'il doit commencer, en plus de son inquiétude légitime envers son état de santé, à revendiquer de toutes ses forces son droit d'être entendu, compris et soigné dans sa langue.** Que ce soit pour des cas d'unilingues francophones, d'ici ou venus d'ailleurs, que ce soit pour traiter de jeunes enfants, de cas de santé mentale ou encore pour prendre soin des personnes âgées, il est clair que les besoins de services de santé en français sont omniprésents.

1.2. Accès insuffisant aux services

Une étude de la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA), pour le compte du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire (CCCFSM) du ministère fédéral de la Santé, a démontré que :

« [...] l'accès aux services de santé en français pour les Franco-Ontariens est profondément insuffisant dans les services hospitaliers, les centres de santé communautaire, les cliniques médicales et les soins à domicile : ces quatre secteurs englobent la plupart des services de santé offerts en Ontario.

Dans les hôpitaux, le service des urgences est souvent le point central d'accès au système de soins de santé – or, les trois quarts des Franco-Ontariens se voient refuser l'accès à ce service dans leur langue.

[...] 74 % des Franco-Ontariens ont affirmé n'avoir jamais ou presque jamais accès à des services hospitaliers en français. En fait, seulement 12 % déclarent avoir eu accès à ces services chaque fois qu'ils sont allés à l'hôpital. [...]

- 47 % n'ont jamais accès à un centre de services d'urgence offerts en français (sauf au service des urgences de l'hôpital);
- 59 % n'ont jamais ou presque jamais accès à des services à domicile pour personnes âgées offerts en français;
- 77 % n'ont jamais ou presque jamais accès à des centres de traitement de l'alcoolisme offrant des services en français;
- 66 % n'ont jamais ou presque jamais accès à des centres de traitement de la toxicomanie offrant des services en français;
- 66 % n'ont jamais accès à des centres d'hébergement d'urgence offrant des services en français aux victimes de violence familiale;
- 53 % n'ont jamais ou presque jamais accès à des services de santé mentale en français (sauf dans les hôpitaux psychiatriques)¹².

¹¹ Selon l'Office des affaires francophones, l'Ontario comptait 58 520 francophones de minorité visible en 2001, soit une augmentation de 41,9 % entre 1996 et 2001.

¹² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario- Groupe de travail sur les services de santé en français, *Services de santé pour la communauté franco-*

ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation, octobre 2005. Disponible en ligne : http://www.health.gov.on.ca/french/public/publ/ministry_reports/flhs_o6/flhs_o6f.pdf (page consultée en mars 2009).

Plus récemment, en 2006, les Réseaux de santé en français en venaient à des conclusions similaires suite à un important exercice de planification intitulé *Préparer le terrain : Soins de santé primaires en français en Ontario* :

« Dans toutes les régions, on signale d'importantes variations dans la disponibilité des services de santé en français, un manque de professionnels de la santé bilingues, un manque de coordination et d'aiguillage pour maximiser l'utilisation de ces services par les francophones et un manque de suivis pertinents. Dans toutes les régions, on retrouve également un manque aigu de services de promotion de la santé ou de prévention de la maladie en français. Et partout en province, on déplore le fait que la planification des services en français par les différentes instances gouvernementales se fasse sans la participation de la communauté francophone¹⁵. »

Au-delà du fait qu'il manque encore justement des études précises sur la question de l'accessibilité aux soins de santé en français en Ontario, il n'en demeure pas moins que le domaine de la santé est certainement le sujet de préoccupation principal des francophones de cette province. En effet, dans tous ses déplacements et ses rencontres à travers la province, le commissaire a été interpellé constamment et sans relâche depuis le début de son mandat sur le manque d'accessibilité à des soins de santé en français.

1.2.1 Manque de ressources humaines

Partout, les besoins sont criants dans le domaine de la santé. Il ne suffit pas simplement de dire qu'il faut plus de personnes ayant des compétences en français pour que soudainement, ces ressources apparaissent. Il y a un manque de médecins, de personnel infirmier ainsi que d'autres professionnels de la santé et cette situation devient critique. Le commissaire est parfaitement conscient de cet état de fait.

Il n'empêche que, parfois dans certaines régions, les ressources sont pourtant là, à l'affût, comme un secret bien gardé. Mais l'interaction entre ces professionnels n'est pas au rendez-vous. Dans bien des cas, le personnel médical francophone cache tout simplement sa capacité de parler français pour éviter la surcharge de travail. La situation est bien réelle; un infirmier francophone s'identifiera comme anglophone pour ne pas en avoir plein les bras. Le système compte trop sur cette auto-identification du personnel francophone dans le système de santé, et cela affecte la rétention du personnel qui choisit de le faire.

En 1993, une mère s'est retrouvée devant l'impensable; accepter que son fils de six ans, Luc, demeure sans suivi thérapeutique faute de psychologue francophone dans sa région.

Lorsqu'il était bébé, Luc a subi un grave accident lui causant un sévère traumatisme. Les médecins lui avaient alors recommandé une thérapie avec un psychologue. Mais devant l'absence de spécialiste en français pour leur fils, et avec quatre enfants à la maison, ses parents ont pris la décision difficile d'abandonner leurs démarches. Ils ont cru bon d'offrir temporairement du soutien eux-mêmes à leur fils à la maison. Pour eux, c'était la solution à court terme en attendant que Luc apprenne l'anglais et qu'il puisse consulter un psychologue anglophone. Ils s'y étaient résignés. Mais à long terme, cela les a finalement rattrapés. Aujourd'hui, Luc a 21 ans et poursuit la thérapie qu'il n'a pas eue en français à l'âge de six ans.

Également, on ne peut garantir l'égalité réelle en matière de services de santé en français si le personnel n'est tout simplement pas compétent pour être fonctionnel dans la langue de Molière. Avoir du personnel qui, au mieux, ne balbutie que le mot *bonjour* ne peut être qu'une solution diachylon.

Le gouvernement est très préoccupé par les pénuries de main-d'œuvre déjà présentes dans le système de santé. C'est avec raison qu'il a lancé des initiatives pertinentes telles que « ProfessionsSantéOntario »¹⁶. Il est important, toutefois, que le gouvernement reconnaisse que les problèmes et les solutions concernant la disponibilité des ressources humaines francophones en santé sont particuliers. Comme le rappelle le Bureau des services de santé en français du MSSLD, l'offre de professionnels de la santé parlant français est le défi principal qu'il faudra relever dans le cadre de la mise en œuvre des services en français au sein du système de santé. Voilà pourquoi le commissaire salue des initiatives comme le programme Carrière en santé/ Career in Health¹⁷ mené en collaboration avec le RIFSSSO¹⁸.

Voilà donc quelques initiatives louables mais qui ne peuvent tout régler. Il faut plus d'efforts concertés. Il faut l'apport des idées de la communauté même. En effet, des stratégies spécifiques, impliquant la communauté francophone, doivent être mises de l'avant pour favoriser la formation, l'identification, le recrutement, la rétention et la mobilisation des ressources humaines francophone en santé¹⁹.

¹⁵ Réseaux de santé en français de l'Ontario, *Préparer le terrain : soins de santé primaires en français en Ontario*, Rapport provincial, 2006.

¹⁶ ProfessionsSantéOntario est une stratégie gouvernementale mise en place grâce à la collaboration de trois ministères : celui de la Santé et des Soins de longue durée, la Formation et des Collèges et Universités et celui des Affaires civiques et de l'immigration. Elle vise à s'assurer que la province dispose d'un nombre suffisant de professionnels de soins de santé. Pour ce faire, elle comprend de nombreuses initiatives conçues pour aider la province à maintenir ici ses professionnels de la santé, à encourager les jeunes à faire carrière en soins de santé et à convaincre les fournisseurs de soins de santé formés à l'étranger de s'installer en Ontario en facilitant leur intégration. Pour plus de détails, vous pouvez consulter ce site dont la version française est toujours en construction :

<http://www.professionssanteontario.ca> (page consultée en mars 2009).

¹⁷ Le programme est offert dans diverses régions de la province. Il vise à susciter l'intérêt des étudiants, à les inciter à faire carrière dans le domaine de la santé et à suivre les programmes d'apprentissage visés. Pour plus de détails : http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/flhsf/carriere_mnf.html (page consultée en mars 2009).

¹⁸ Le Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario, une association de coordination des professionnels de la santé francophones. Pour plus de détails : <http://www.rifssso.ca> (page consultée en mars 2009).

¹⁹ Société Santé en français, *Des communautés francophones en santé : les réseaux au cœur de l'action*, octobre 2007.

1.2.2 Offre active

Une inquiétude frappe le commissaire quant à la méconnaissance des citoyens francophones à propos de leur accès à des services en français en santé et la disponibilité de ces services sur leur territoire. Beaucoup d'entre eux ignorent encore à quel endroit et quels services leurs sont offerts en français, en santé, dans leur communauté. Dans le même ordre d'idées, l'enquête postcensitaire¹⁸ révélait que près de la moitié des francophones de l'Ontario voyaient le niveau d'accès et d'obtention à des services de santé dans leur langue comme très difficile ou impossible. Cette très forte proportion montre que les francophones ne savent pas nécessairement où aller pour obtenir des soins de santé en français, et lorsqu'ils le savent, ils ont de la difficulté parfois à obtenir ces soins dans leur langue. Il est évident qu'un effort de promotion intense s'impose afin d'aider les communautés francophones à connaître les soins de santé qu'on leur offre. Le nouveau lien internet du site du gouvernement <http://www.health.gov.on.ca/ms/optionsdesoinsdesante/public/index.html>¹⁹ représente certainement un pas dans la bonne direction. Mais le fardeau repose encore sur les épaules du citoyen de tenter de trouver activement un service en français.

Une partie de la solution passe notamment par l'offre active. Il a été démontré à plusieurs reprises qu'une offre active de services a un impact considérable sur la demande des services. Plus on offre un service, plus il y aura une demande par la suite. Cela s'applique tout autant dans le domaine de la santé.

En Ontario, le principe est le même et le citoyen francophone doit pouvoir s'attendre à ce qu'on lui présente cette offre de services dans sa langue. Il va de soi que lorsqu'il se rend à un centre francophone de santé communautaire comme le Centre de santé communautaire francophone de Sudbury, il est évident qu'il ne se pose pas de question et s'attend naturellement à recevoir des services de santé en français. C'est de l'offre active dans sa forme la plus simple. Les ministères et les RLIS doivent s'inspirer de cette forme de pratique d'offre active et voir à ce qu'elle soit mise en application par leurs fournisseurs de soins de santé désignés ou identifiés pour offrir des services en français.

Le commissaire s'est vu confier que le plus grand défi pour les fournisseurs de services de santé en français est de transiger avec un système qui n'assume pas sa responsabilité d'offrir, de façon active, un service en français de qualité en matière de santé. Le système n'en voit tout simplement pas l'importance, le besoin, ni la valeur ajoutée. Ne pas offrir un service dans la langue du patient, c'est de mettre sa santé en danger. Malheureusement, le système ne le reconnaît pas encore.

Bien que le principe de l'offre active des services en français soit inscrit comme une volonté claire des plus hauts dirigeants gouvernementaux dans le document directeur interne *A Framework for Action*, ça ne se reflète pas toujours dans le domaine de la santé. L'offre active est un service minimum que devraient appliquer les fournisseurs de services. Or, le citoyen ne reçoit pas toujours activement cette offre minimum de service en français. Même lorsqu'il y en a, cela n'assure ni ne garantit la qualité des services offerts.

« Bien qu'importante, l'offre active ne garantit pas un traitement juste et équitable. Elle n'influencera pas nécessairement la demande de services non plus. Même si on nous offre des services en français au comptoir, on se demande si on va réellement passer en premier ou tomber sur une liste d'attente pour voir un médecin qui parle français. La crainte de ne pas recevoir des services équivalents demeure présente. Souvent, on continuera donc de demander nos services en anglais en croyant qu'on sera servi plus rapidement. C'est un problème d'ordre systémique. Le patient doit avoir la certitude qu'il recevra des services équivalents en termes de qualité et de rapidité à ceux offerts en anglais. L'offre active ne suffit donc pas à elle seule. »

— MARC BÉDARD, directeur général

Réseau francophone de santé du Nord de l'Ontario

1.3 Une communauté partenaire

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les 14 RLIS doivent travailler de pair avec la communauté francophone afin d'améliorer la prestation des soins de santé aux francophones. La province et les RLIS n'ont pas le choix d'impliquer la communauté et ses acteurs dans les prises de décisions en ce qui a trait à la planification et l'accès aux soins de santé. Sans cette volonté d'entente et de partenariat, la santé des francophones se trouve en jeu.

La capacité d'une communauté d'agir sur sa réalité et de prendre en charge son développement est un facteur déterminant dans son aptitude à améliorer sa santé et son bien-être. À cet effet, le CCCFSM indique que :

« [...] plus les francophones sont impliqués dans le processus de livraison des soins, dont la gouvernance des institutions de santé, plus la place du français est respectée et est reflétée dans la prestation de services. Cette participation est également cruciale pour faciliter une véritable prise en charge de la santé par la population²⁰. »

¹⁸ Corbeil, Grenier, Lafrenière, *op. cit.*, pp. 50-51. À noter toutefois que ce taux varie en fonction du poids relatif de la population francophone. Ainsi, dans les municipalités où les francophones forment moins de 10 % de la population, 66 % d'entre eux ont déclaré qu'il leur serait difficile ou très difficile d'obtenir des services en français comparativement à 32 % là où ils forment entre 10 % et 30 % de la population.

¹⁹ Bien que le site soit convivial, ce moteur de recherche ne permet pas encore d'effectuer une recherche par région sur les professionnels de la santé qui parlent français, comme le nombre de médecins francophones pratiquant dans la région de Toronto.

²⁰ Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, *op. cit.*, p. 17.

Cela démontre l'impact majeur de l'implication de la communauté sur le plan de la planification et la gestion des services de santé. La participation active de la communauté francophone est souhaitable et essentielle en matière de soins de santé.

En Ontario, l'ensemble des services de santé en français ainsi que les ressources humaines francophones ne sont ni accessibles ni disponibles dans tous les territoires de desserte de chaque RLIS. Pourtant, les RLIS ont l'obligation de se concerter pour assurer l'accès à des services en français pour les communautés francophones. D'ailleurs, la LISS prévoit qu'ils mettent en œuvre et participent à des stratégies mixtes avec d'autres RLIS afin d'améliorer les soins et l'accès à des services de santé de grande qualité. La loi prévoit également qu'ils puissent promouvoir la continuité des soins de santé entre les systèmes de santé locaux de la province²¹. Mais encore faut-il qu'il y ait une réelle volonté des RLIS d'y parvenir.

Les francophones ont démontré maintes fois leur volonté et leur capacité de collaborer avec le gouvernement et les instances du système de santé pour améliorer l'accès aux services de santé dans leur langue. Il en va de même avec l'amélioration de la santé de la population francophone en général. D'ailleurs, « [la] réussite du développement des communautés repose en bonne partie sur leur capacité à assurer la concertation des acteurs et à traduire cette concertation en partenariat, [...] afin de répondre aux besoins reconnus conjointement²². » La communauté francophone considère qu'elle est la mieux placée pour identifier ses besoins et elle souhaite ardemment être impliquée dans la recherche de solutions pour améliorer l'accès aux services mais aussi la santé de ses membres. Il importe de souligner que cette logique est essentiellement la même qui a conduit le législateur à adopter la LISS. La communauté francophone devient donc un acteur et partenaire incontournable en matière d'accès aux soins de santé en français, surtout lorsque son développement et son épanouissement sont en question.

1.3.1 Exemple des centres de santé communautaire

Le partenariat communautaire comprend évidemment les centres de santé communautaires de l'Ontario. Cela inclut 62 centres de santé communautaire sans compter les bureaux satellites²³ en Ontario. Leur rôle est primordial et essentiel dans la prestation des services de santé dans les communautés francophones. Mais malheureusement, les centres de santé communautaire ne sont pas toujours perçus comme des partenaires, surtout lorsqu'ils offrent que des services en français, et c'est le patient francophone qui écope.

« Les médecins anglophones de la région évitent de nous référer des patients francophones par crainte de les perdre comme clients. Il aura fallu les rencontrer un à un pour leur faire comprendre que nous ne souhaitons pas voler leurs patients francophones. Ils doivent plutôt se servir de nous en tant que ressource et nous voir comme partenaire communautaire. »

— **MARCEL CASTONGUAY**, directeur général
Centre de santé communautaire
Hamilton/Niagara

Depuis plus d'un an maintenant, cette barrière est levée entre les médecins de la région d'Hamilton/Niagara. Le commissaire est d'avis que cette ouverture à faire appel aux ressources communautaires francophones doit faire bouler de neige et se refléter dans les ententes avec la communauté.

Il est entendu que, pour reprendre la notion de l'offre active, lorsque le patient francophone se présente au Centre de santé communautaire de l'Estrie²⁴, il ne se pose pas de questions quant à la langue de services qu'il recevra, le libérant ainsi d'un lourd fardeau qui reposait sur ses épaules. Qui plus est, les centres de santé communautaire sont des preuves tangibles de la vigueur et de la vitalité des communautés francophones. Elles se responsabilisent et s'approprient les soins de santé en français dans les communautés. Ces modèles doivent être encouragés en ce que la finalité de ces centres accomplit bien davantage que la simple livraison de services de santé en français, finalité déjà bien assez complexe. Les centres de santé communautaire francophones représentent un maillon important dans la théorie de la complétude institutionnelle, développée dans l'affaire Lalonde²⁵, et qui consiste essentiellement à indiquer que toute perte d'institutions de la communauté peut contribuer à l'érosion de la confiance des francophones à leurs égards et, donc, entraîner l'assimilation. Il devient parfois difficile de quantifier bureaucratiquement ce que peut représenter la fierté de gérer et de servir sa communauté, efficacement, en français.

Pour ces raisons, il est malheureux que le MSSLD ne finance plus de nouveaux centres de santé communautaire. Car, ces exemples représentent l'expression adéquate de services concrets et pratiques, modulés en fonction des besoins de développement de la communauté minoritaire francophone de l'Ontario, contribuant à l'enrayement du fléau de l'assimilation.

²¹ Loi sur l'intégration du système de santé local, L.O., 2006, (LISS) art. 5.

²² Bourque, Denis, Louis Favreau, *Le développement des communautés et la santé publique au Québec*, Service social, volume 50, n.1, 2003.

²³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible en ligne : <http://www.health.gov.on.ca/ms/optionsdesoinsdesante/pro/index.html>, (page consultée en mars 2009).

²⁴ Il existe sept centres de santé communautaire francophones en Ontario : Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara, celui de Kapuskasing, de l'Estrie, de Sudbury, de Sudbury-Est, du Témiskaming et le Centre Francophone de Toronto.

²⁵ Lalonde C. Ontario (Commission de restructuration des services de santé) (2001) 56 O.R. (3d) 577.

1.3.2 Exemple des Réseaux de santé en français

On compte quatre Réseaux de santé en français en Ontario. Le premier de ces réseaux a vu le jour dans la foulée de la crise de l'Hôpital Montfort en 1997. Depuis ce temps, trois autres réseaux ont été mis en place suite à la publication du premier rapport du CCCFSM du ministère fédéral de la Santé en 2001. Leur rôle en est un d'appui en matière de planification, de développement et d'évaluation des services de santé en français et de concertation des partenaires.

Ce type de réseau peut être un modèle intéressant de partenariat avec la communauté, et par le fait même, un modèle de maillage qui a du potentiel d'efficacité. De par leurs assises dans la communauté francophone, ces réseaux pourraient être en mesure, si les ressources leurs sont fournies, d'aider concrètement les RLIS à s'assurer d'une réelle participation de la communauté au processus de planification des services et à la recherche de solutions adaptées aux besoins spécifiques de cette communauté.

Conclusions

L'accès à des services de santé en français est une question de qualité de service, en plus d'être un enjeu d'efficacité et d'efficacité du système. De plus, la population francophone possède ses caractéristiques propres et il faut reconnaître ces différences lors de la planification des politiques et des services qui touchent la santé. La disponibilité du personnel ayant les compétences linguistiques et culturelles requises doit donc être assurée.

La communauté francophone doit être considérée comme partenaire incontournable pour améliorer l'accès aux services de santé en français. La représentation et la participation active de la communauté sont essentielles à tous les niveaux de l'organisation. Elles permettent à une organisation de soins de santé de mieux comprendre les besoins de ses patients. Elles aident à mieux allouer les ressources et à mettre en place les mécanismes nécessaires afin que l'organisation soit imputable de la qualité de ses services.

La reconnaissance des organisations existantes de planification et de prestation de services de santé en français permet de bâtir sur les expériences et les expertises déjà acquises dans le système. Plusieurs organisations offrent déjà des services adaptés aux besoins spécifiques de la population francophone. Les meilleures pratiques de ces organisations devraient être partagées et reconnues afin d'éviter des dédoublements d'efforts.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Le commissaire recommande que les ministères et les instances du système de santé prennent en compte les caractéristiques propres de la communauté francophone, dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques de santé et leurs politiques sociales qui visent à améliorer la santé de la population.

Recommandation 2

Le commissaire recommande que le gouvernement et les instances du système de santé considèrent l'accès à des services de santé en français comme un critère de qualité des services, d'efficacité et d'efficacité du système.

Recommandation 3

Le commissaire recommande au gouvernement d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies spécifiques, impliquant la communauté francophone, pour favoriser la formation, l'identification, le recrutement, la rétention et la mobilisation des ressources humaines francophones en santé.

Obligations et opportunités

Étant minoritaires, il est entendu que les communautés de langue officielle au Canada ont pratiquement toujours voulu s'assurer de solides assises juridiques. Il s'agit là d'une protection toute évidente contre des changements de gouvernements qui peuvent avoir des visées autres et aussi pour se prémunir du pouvoir de la majorité. Car il ne faut pas se leurrer; sans être de mauvaise foi, la majorité n'est pas toujours en mesure de bien comprendre les besoins et les priorités des communautés minoritaires de langue officielle. Voilà pourquoi la Constitution du Canada et plus particulièrement la *Charte canadienne des droits et libertés* accordent une place aussi importante aux droits linguistiques.

D'aucuns pourraient arguer qu'en période de restriction budgétaire, alors que la plus importante part du budget total du gouvernement provincial est allouée au domaine de la santé²⁶, ce n'est pas le moment d'engager de nouvelles dépenses. En planifiant stratégiquement en fonction des besoins de santé des individus et de la communauté, ce qui est d'ailleurs toute la pensée derrière la mise en place des RLSS, le gouvernement et ses institutions s'acquitteront à la fois de leurs obligations et s'assureront de tempérer l'augmentation des coûts reliés à la santé en se dotant de communautés formées d'individus en meilleure santé.

On ne dessert pas la clientèle francophone en français parce que l'on est obligé de le faire. On le fait parce que ça améliore directement la santé des gens; c'est tout simplement la meilleure chose à faire.

2.1 Principes généraux

La *Loi sur les services en français* date déjà de 1986, bien que son entrée en vigueur se soit faite largement à partir de 1989. La LSF prévoit, entre autres, l'obligation du gouvernement de l'Ontario et de ses organismes gouvernementaux d'assurer la prestation de ses services en français²⁷, ainsi que le droit de la population d'utiliser le français pour communiquer avec le siège ou l'administration centrale d'un organisme gouvernemental ou d'une institution de la Législature ou avec un bureau local dans une région désignée²⁸.

Dans l'affaire *Lalonde* (connue aussi sous l'affaire *Montfort*), la Cour d'appel de l'Ontario a confirmé que la LSF a été « présentée et adoptée en 1986 dans le contexte général d'une progression et d'une amélioration constantes des services en français²⁹. » La LSF doit être interprétée à la lumière du principe constitutionnel fondamental du respect et de la protection des minorités. Elle doit donc recevoir une interprétation large et libérale, en conformité de ses objectifs de promouvoir et de protéger la communauté francophone de l'Ontario. La Cour d'appel de l'Ontario a aussi reconnu le caractère quasi-constitutionnel de la LSF.

Mais au-delà de la reconnaissance des droits linguistiques, la communauté francophone de l'Ontario doit pouvoir compter sur la présence d'institutions pour se développer et s'épanouir. La reconnaissance publique de la langue, soit son statut, ainsi que le soutien institutionnel accordé à la communauté sont des facteurs essentiels au développement de la communauté francophone.

Ainsi, le principe d'égalité réelle³⁰ a de la valeur lorsqu'il accompagne la reconnaissance du droit de la communauté francophone de participer et de gérer des institutions essentielles à son développement. La lutte entourant l'Hôpital Montfort rappelle toute l'importance du lien entre les institutions de la communauté, sa reconnaissance publique par le gouvernement et la préservation de l'héritage et du patrimoine francophone de l'Ontario pour les générations à venir, tel qu'indiqué dans le préambule de la LSF.

Les organismes gouvernementaux jouent un rôle important dans l'épanouissement des communautés francophones de l'Ontario. Tout récemment³¹, la Cour suprême du Canada a confirmé que, dépendamment de la nature du service offert, ce service doit être conçu et offert en fonction des besoins de la communauté francophone. Il s'agit, là encore, d'une question d'égalité réelle.

2.1.1 La Loi sur les services en français dans le contexte de la santé

Une diminution des services de santé offerts à la communauté francophone et une action qui compromettrait la formation des professionnels de la santé en français « accroîtraient l'assimilation des Franco-Ontariens³². » Les institutions de santé jouent donc un rôle positif et déterminant dans la promotion des communautés francophones.

²⁶ Dans le cadre du budget 2009 de l'Ontario, le gouvernement a prévu d'investir 42,6 milliards de dollars dans le secteur de la santé en 2009-2010 sur un budget total de 108,9 milliards de dollars. Pour avoir plus d'informations: <http://www.fin.gov.on.ca/french/budget/ontariobudgets/2009/chpt2.html#chart5> (page consultée en avril 2009).

²⁷ Art. 2, LSF: « Le gouvernement de l'Ontario assure la prestation des services en français conformément à la présente loi. »

²⁸ Par. 5, (1), LSF: « Chacun a droit à l'emploi du français, conformément à la présente loi, pour communiquer avec le siège ou l'administration centrale d'un organisme gouvernemental ou d'une institution de la Législature et pour en recevoir les services. Chacun jouit du même droit à l'égard de tout autre bureau de l'organisme ou de l'institution qui se trouve dans une région désignée à l'annexe ou qui sert une telle région. »

²⁹ *Lalonde*, op. cit., au par. 141, conformément au principe de progression vers l'égalité de statut et d'usage du français et de l'anglais contenu au para 16(3) de la *Charte*

canadienne des droits et libertés.

³⁰ R. v. Beaulac, [1999] 1 R.C.S. 768. Dans l'affaire *Beaulac*, la Cour suprême du Canada avait indiqué, entre autres, que l'exercice de droits linguistiques ne doit pas être considéré comme exceptionnel, ni comme une sorte de réponse à une demande d'accommodement.

³¹ Desrochers c. Industrie Canada, 2009 CSC 8. En 2000, le Centre d'avancement et de leadership en développement économique communautaire de la Huronie (CALDECH), à Penetanguishene en Ontario, porte plainte contre Simcoe Nord, un organisme de développement économique financé par Industrie Canada concernant les services offerts en français par ce dernier. Le 5 février 2009, la Cour suprême du Canada a rendu sa décision et rappelé au gouvernement fédéral de mettre à la disposition du public des services de qualité égale dans les deux langues officielles. Jugement disponible en ligne : <http://csc.lexum.umontreal.ca/fr/2009/2009csc8/2009csc8.html> (page consultée en mars 2009).

³² *Lalonde*, supra note 24, au par. 162.

Dans l'affaire *Lalonde*, la Cour divisionnaire et la Cour d'appel de l'Ontario ont reconnu qu'une institution de santé a un rôle plus large que la simple prestation de services de soins de santé. Ce rôle plus large « comprend notamment celui de maintenir la langue française, de transmettre la culture et de favoriser la solidarité au sein de la minorité franco-ontarienne³³. »

Les tribunaux ont accordé une interprétation large et libérale de la LSF³⁴. Dans le contexte de la santé, la Cour d'appel de l'Ontario a défini l'expression « services » à l'article 5 de la LSF comme faisant référence aux services de soins de santé offerts quand l'Hôpital Montfort a été désigné en vertu de la LSF. Ainsi, la décision de la Commission de restructuration des services de la santé de diminuer les services de santé offerts par l'Hôpital Montfort a été jugée contraire à la LSF. Il découle clairement de l'affaire *Lalonde* que les tribunaux donnent une place importante aux institutions de soins de santé dans la protection, la promotion et l'épanouissement des communautés francophones de la province. La LSF doit être interprétée de façon large et libérale afin de protéger le rôle important accordé aux institutions de santé.

2.1.2 Organismes désignés partiellement ou en totalité

La désignation d'un organisme offrant des services publics, en vertu de la LSF, a été interprétée comme accordant non seulement le droit aux services de santé en français, mais aussi le droit à « toute structure nécessaire assurant la prestation de ces services de santé en français³⁵. » Il s'en suit qu'une décision, même discrétionnaire, modifiant les services offerts par une institution de santé désignée par la LSF, voire la qualité de ces services « ne peut pas reposer sur de simples arguments de commodité administrative et de vagues préoccupations de financement³⁶. »

Les organismes offrant des services publics peuvent être identifiés comme fournisseurs de services de santé en français sans toutefois posséder la désignation en vertu de la LSF. D'autre part, la désignation d'organismes n'a rien à voir avec les régions désignées en Ontario. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un hôpital se trouve dans une région désignée qu'il est automatiquement désigné. L'organisme doit en faire la demande. En fait, tous les organismes offrant des services ou des programmes pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée peuvent faire la demande de désignation pour devenir, en vertu de la LSF, un organisme gouvernemental offrant des services publics en français. Cette demande est sur une base volontaire et doit provenir des organismes mêmes. Présentement, selon les données fournies par le MSSLD, l'Ontario compte 97 fournisseurs de services désignés ou partiellement désignés³⁷ par règlement en vertu de la LSF.

Les organismes doivent cependant se qualifier et satisfaire au préalable les quatre critères d'évaluation de demande de désignation. Ces critères³⁸ sont d'offrir de manière permanente des services en français de qualité, de garantir l'accessibilité de ses services en français, d'assurer que des francophones siègent, de façon proportionnelle, au conseil d'administration et dans la direction de l'organisme, puis de développer une politique écrite de services en français adoptée par le conseil d'administration et définissant les responsabilités de l'organisme en matière de services en français. En résumé, c'est un peu un ISO 9001:2000³⁹ francophone, en ce que la désignation garantit une volonté expresse de l'institution d'offrir des services de qualité en français.

Enfin, il est possible d'obtenir la désignation complète ou partielle. Une désignation partielle signifie qu'une partie seulement des services de l'organisme sont disponibles en français.

2.1.2.1 Obligations reliées à la désignation et à l'identification

Avant la création des RLISS, la responsabilité face à l'application de la LSF par rapport à l'offre des services en français dans le domaine de la santé revenait au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Ainsi, lorsque le RLISS conclut un achat de services ou une entente de responsabilisation en matière de services avec un fournisseur, il doit s'assurer d'inclure une clause d'offre de services en français de la part de ces fournisseurs. Le RLISS demeure donc imputable des services en français qu'offrent ces organismes au terme d'une telle entente.

Lorsque désignés ou identifiés, les organismes sont tenus d'offrir les services de santé en français, au même titre que les ministères, et se trouvent dans l'obligation de faire état de ces services dans le cadre de leur exercice annuel de planification des services de santé⁴⁰. Les organismes doivent rédiger ce rapport annuellement et le présenter au RLISS afin d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre des services en français et en identifier les possibles lacunes. Ainsi, le ministère peut calculer l'indice d'équité et de rendement de ces organismes en matière de prestation des services en français selon la désignation.

³³ Dans cette décision, l'Hôpital Montfort a été décrit comme une « importante institution, vitale pour la minorité francophone de l'Ontario sur les plans linguistique, culturel et éducatif. » Ibid., au par. 181.

³⁴ *Lalonde*, op. cit., au par. 160.

³⁵ *Lalonde*, op. cit., au par. 162.

³⁶ *Lalonde*, op. cit., au par. 168.

³⁷ Au total, sur 215 organismes désignés ou partiellement désignés dans tous les ministères en vertu de la LSF, 97 le sont dans le domaine santé. Disponible en ligne : http://www.health.gov.on.ca/french/public/program/flhsf/designated_dtf.pdf

(page consultée en mars 2009).

³⁸ Office des affaires francophones. Disponible en ligne : <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/loi-organismes.html> (page consultée en mars 2009).

³⁹ L'Organisation internationale de normalisation (ISO) est le plus grand producteur et éditeur mondial de normes internationales. La certification ISO 9001:2000 est la norme appliquée au niveau international pour donner l'assurance de la capacité de répondre à des exigences de qualité et d'augmenter la satisfaction des clients dans les rapports clients-fournisseurs.

⁴⁰ Communément appelée la *Présentation de planification hospitalière annuelle*.

Un organisme identifié n'est pas nécessairement un organisme désigné

En effet, il arrive fréquemment que, dans des régions désignées, il n'existe tout simplement pas ou peu d'organismes partiellement ou totalement désignés, en vertu de la LSF. Par contre, un organisme peut être identifié par le MSSLD, et maintenant par les RLISS, pour offrir des services de santé en français⁴¹. Dans ce cas, même si certaines organisations ne sont pas désignées en vertu de la LSF, elles ont quand même l'obligation de rendre des services de qualité et, en conséquence, doivent assurer des appuis minimaux, tels que des services d'interprétation et de la formation à leurs employés en matière de compétences culturelles afin de garantir la qualité des services rendus à la population.

Le MSSLD, maintenant avec les RLISS, a la responsabilité d'informer les fournisseurs de services de santé de leurs obligations d'offrir des services en français qui soient aussi de qualité. Il est aussi de leur responsabilité d'octroyer les ressources nécessaires à ces organisations pour qu'elles puissent remplir ces obligations. C'est le gouvernement et les RLISS qui doivent s'assurer que ces organisations sont imputables spécifiquement de ces obligations.

2.2 Principaux acteurs

En 2006, le gouvernement de l'Ontario s'engage dans une réforme en profondeur du système de santé en Ontario. L'Assemblée législative adopte la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la LISSL), qui a, comme son nom l'indique, pour objectif d'intégrer les services de santé au niveau local. Cette loi confère aux RLISS une responsabilité importante de voir à ce que le système de santé local accorde la priorité aux besoins de la collectivité. Elle exprime toute l'importance consentie par le législateur de remettre à la communauté la responsabilité de planifier, gérer et intégrer le système de santé locale en y désignant pour ce faire les RLISS.

La LISSL stipule également que les services de santé en français feront l'objet d'une attention particulière dans le développement et la mise en œuvre des nouveaux Réseaux locaux d'intégration de services de santé (RLISS). La LISSL prévoit que ces RLISS devront engager la collectivité des diverses personnes et entités qui œuvrent au sein du système de santé local, notamment dans le plan de services de santé intégrés, et lors de l'établissement des priorités. Plus spécifiquement, chaque RLISS doit engager son « entité de planification des services de santé en français de la zone géographique qui est prescrite. »

Le législateur s'attend donc clairement à ce que la *Loi sur les services en français* s'applique dans la prestation des services de santé en français et il en a prévu des moyens précis dans la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

Le système de santé en Ontario comprend toute une myriade d'acteurs tous aussi importants les uns que les autres. D'une perspective du mandat du Commissariat, à la lumière des obligations et responsabilités à l'égard de la planification de services de santé en français, ce rapport identifie trois grandes classes d'acteurs principaux. En premier lieu, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ainsi que le ministère de la Promotion de la Santé (MPS) jouent un rôle naturellement prépondérant. La création des nouveaux RLISS suscite beaucoup d'attentes et d'expectatives au sein de la population tout comme pour le MSSLD. Enfin, la LISSL identifie clairement que la communauté, y compris la communauté francophone, doit jouer un rôle clé dans la planification et la mise en place d'un système de santé intégré et responsable localement.

2.2.1 Rôle des ministères

En plus d'articuler les grandes stratégies du gouvernement ontarien, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est chargé de l'administration du système de soins de santé et de la prestation de services à la population de l'Ontario. Il y parvient par l'entremise de divers programmes dont l'assurance-santé, les programmes de médicaments ou encore le programme des appareils et accessoires fonctionnels. Bien que ne fournissant pas directement de soins de santé, il régleme sans toutefois administrer les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les laboratoires médicaux. Son rôle est davantage d'articuler les stratégies du gouvernement ontarien. Par ailleurs, comme tout ministère du gouvernement de l'Ontario, le MSSLD et le MPS ont obligation de se conformer et de respecter la LSF.

La mission du ministère de la Promotion de la santé est d'aider les Ontariens à mener une vie plus saine en leur proposant des programmes qui encouragent des choix et des modes de vie sains. Au même titre que le MSSLD, ce dernier ne dispense aucun soin de santé aux patients. Néanmoins, il élabore des politiques en matière de santé et fournit de l'information et des outils qui aident les citoyens à adopter des habitudes saines. Pour ce faire, il travaille en étroite collaboration avec ses homologues du gouvernement notamment le ministère de la Santé et de Soins de longue durée, celui de l'Éducation, ou encore celui des Services à l'enfance et à la jeunesse, tout en créant des partenariats avec les collectivités locales, divers organismes, ainsi que de partenariats avec le secteur privé⁴².

Le MSSLD se détache graduellement des affaires administratives quotidiennes afin de se concentrer davantage sur la conception, le financement, la surveillance et l'élaboration de stratégies. Bref, c'est en quelque sorte un rôle d'intendance. C'est ce que prévoit la LISSL⁴³.

⁴¹ Les obligations de ces fournisseurs de services feront l'objet d'une analyse approfondie au chapitre suivant.

⁴² Ministère de la Promotion de la santé. Disponible en ligne : <http://www.mhp.gov.on.ca/french/about/default.asp> (page consultée en mars 2009).

⁴³ LISSL, par. 14 (1).

2.2.2 Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)

En 2006, la LISSL crée 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), mandataires de la Couronne et assujettis à la *Loi sur les services en français*. Ils collaborent avec les fournisseurs de soins de santé locaux et les membres de la collectivité afin d'élaborer des plans d'intégration des services de santé pour les secteurs qu'ils desservent. Ils assument donc un rôle de planification et de financement des services de santé sans offrir de services directs à la population. La création des RLISS repose sur un credo clair : planifier, coordonner et financer de manière intégrée à l'échelle locale les besoins et les priorités en matière de services de santé définis par les membres des collectivités, considérés comme étant les mieux placés⁴⁴. Plusieurs organismes relèvent de ces nouvelles instances, comme les hôpitaux publics et privés, les centres d'accès aux soins communautaire (CASC), les centres de santé communautaire ou les foyers de soins de longue durée. Chaque RLISS est un organisme qui agit comme mandataire de la Couronne⁴⁵ et a donc comme mission de :

« Promouvoir l'intégration du système de santé local afin de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients. »

Comme le ministère, chaque RLISS doit élaborer une stratégie locale, désignée dans la *Loi* comme « plan de services de santé intégrés ». Ce plan doit élaborer « une vision, un ensemble de priorités et une orientation stratégique pour le système de santé local et énoncent des stratégies sur les moyens d'intégrer celui-ci de façon à réaliser l'objet de la [LISSL]⁴⁶. »

D'un rapide coup d'œil, il est facile de constater à quel point les responsabilités sont grandes et la tâche, colossale.

Les RLISS n'ont pas l'obligation, comme le ministre, de créer un comité consultatif quant aux services de santé en français, mais ceux-ci se doivent « d'engager de façon soutenue » la collectivité de la région desservie dans l'élaboration du plan intégré de service de santé.

Lorsqu'il est question de la communauté francophone, la LISSL prévoit plutôt l'engagement du RLISS envers son *entité de planification des services de santé en français*. L'expression « entité de planification des services de santé en français » n'est pas définie dans la *Loi*. Le législateur a toutefois indiqué que les entités de planification des services de santé en français doivent être établies par réglementation afin d'obliger les RLISS à les engager dans leur planification.

Les RLISS sont ainsi des organismes gouvernementaux au sens de la LSF. Bien entendu, étant donné l'obligation explicite de respecter les principes de la LSF dans l'intégration des services de santé, les RLISS œuvrant dans les régions désignées se doivent donc « d'engager de façon soutenue » la communauté francophone dans l'élaboration de ces plans. Incidemment, l'affaire *Desrochers*⁴⁷ rendue par la Cour suprême du Canada le 5 février 2009, abonde tout à fait dans ce sens, même si la décision portait sur les obligations des institutions fédérales. La clé de cette affaire concernait la portée de l'expression « services de qualité égale ».

« Il est difficile de concevoir comment l'institution fédérale pourrait rendre les services de développement économique communautaire mentionnés dans son programme sans la participation des communautés visées, tant pour ce qui a trait à l'élaboration des programmes qu'à leur mise en œuvre. C'est là la nature même du service offert par l'institution fédérale. » (Para. 53.)

Le législateur a choisi d'obliger les RLISS « d'engager de façon soutenue » la communauté, ce qui doit pouvoir signifier plus que la simple consultation. Les membres de la collectivité doivent donc avoir une participation significative dans l'élaboration du plan de services et des priorités.

En résumé, le rôle du RLISS consiste à planifier les soins de santé d'une région donnée. Par la suite, comme il ne livre pas directement les services de santé, il doit s'assurer que les fournisseurs de services, comme les hôpitaux et autres centres de santé, respectent les priorités établies par le RLISS.

⁴⁴ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible en ligne : http://www.health.gov.on.ca/french/public/legislation/ihins/ihins_faqq.html (page consultée en mars 2009).

⁴⁵ LISSL, art. 4.

⁴⁶ LISSL, art. 15.

⁴⁷ L'affaire *Desrochers c. Canada (Industrie)*, op. cit., note 30.

2.2.3 Projet de règlement sur l'engagement de la collectivité francophone

Le 13 septembre 2008, le MSSLD a déposé un projet de règlement portant sur l'engagement de la collectivité francophone en application de l'article 16 de la LISSL.

« 16. (1) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé engagent de façon soutenue la collectivité des diverses personnes et entités qui œuvrent au sein du système de santé local au sujet du système, notamment le plan de services de santé intégrés, et lors de l'établissement des priorités.

[...]

Fonctions

(4) Lorsqu'il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé engage :

[...]

(b) d'autre part, l'entité de planification des services de santé en français de la zone géographique du réseau qui est prescrite. 2006, chap. 4, par. 16 (4) [...] »

Les réactions à ce projet de règlement ne se sont pas fait attendre très longtemps. Durant la période de consultation publique, le ministère a reçu plusieurs centaines de lettres de protestations. Le commissaire a fait part également de ses commentaires dans une lettre publique écrite au ministre le 12 novembre 2008. L'analyse détaillée de ce projet de règlement a déjà été faite et ce rapport spécial ne porte pas exclusivement sur ce projet.

Le projet de règlement a aussi fait l'objet de bien plus d'une centaine de plaintes au Commissariat aux services en français, plusieurs de ces plaintes contenant de longues pétitions. La communauté a réagi fortement à ce projet de règlement. Et pour cause!

Bref retour

Il importe de se remettre quelque peu dans le contexte des discussions entourant la préparation de la nouvelle structure proposée dans la LISSL actuelle. À l'époque, les membres de la communauté francophone avaient activement participé au processus de négociation.

Le MSSLD avait même mandaté un Groupe de travail sur les services de santé en français, présidé par Gérald R. Savoie⁴⁸. Ce groupe a remis au ministre un rapport en octobre 2005 dans lequel on dressait une feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation envers les services de santé en français. On y préconisait alors, entre autres, l'établissement d'un RLISS essentiellement francophone, tant pour des raisons de gouvernance, d'appartenance que d'efficacité et d'imputabilité.

Le gouvernement n'a pas suivi cette recommandation, pour des raisons tout aussi valables que le présent rapport ne remet aucunement en cause. Du côté gouvernemental, il aurait été difficile d'imaginer un RLISS francophone qui aurait vraisemblablement eu comme territoire l'ensemble des régions désignées sous la LSF et qui, par le fait même, aurait entraîné une confusion auprès des fournisseurs de services.

Il reste que la LISSL prévoit que chaque RLISS doit engager la collectivité francophone via une entité de planification des services de santé en français. Cela doit nécessairement prévoir, en toute logique juridique, et de toute évidence, que le législateur a voulu faire un compromis. Pas de RLISS francophone tel que demandé, mais au minimum, chaque RLISS sera encadré d'un mécanisme, en l'occurrence l'entité de planification, pour s'assurer de la pleine participation des forces vives du milieu francophone dans la planification et dans la gouvernance des services de santé en français.

Or, depuis la création des RLISS, quelques efforts louables ont été faits ici et là, mais dans l'ensemble, très peu. Les RLISS sont en attente. Avant de faire quoi que ce soit, encore là à quelques exceptions près, les RLISS attendent patiemment le projet de règlement.

Pendant ce temps, les RLISS grandissent et prennent de l'assurance dans leurs nouvelles fonctions, mais les services de santé en français, dans l'ensemble, ne constituent absolument pas une priorité.

2.2.3.1 Principales préoccupations au projet de règlement

Comités consultatifs v. entités de planification francophones

Il est clair qu'il existe ici une réelle difficulté à pallier. Le projet de règlement vise la création de comités consultatifs en vertu de l'article 16 de la LISSL. Or, la communauté francophone s'attendait plutôt à la création d'entités de planification des services de santé en français, comme le prévoit le para 16(4) LISSL.

Le projet de règlement indique que le comité, assumant que ce sera dorénavant une entité de planification, se compose de particuliers qui représentent la diversité de la collectivité francophone et qui œuvrent au sein du système de santé local ou sont touchés par celui-ci. Le projet de règlement prévoit à juste titre que les particuliers nommés à ces entités participent à la planification et à la prestation de soins de santé dans la zone géographique, notamment les organismes communautaires, les établissements d'enseignement, les membres des professions de la santé réglementées et les fournisseurs de services de santé.

Or, au-delà de la composition des membres d'un comité consultatif, quelles seraient les ressources pour encadrer le travail de ces bénévoles? Quel serait le mandat précis? Comment s'assurer d'une réelle imputabilité envers la communauté francophone? Comment garantir que le RLISS prendra au sérieux les recommandations d'un autre comité consultatif?

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario- Groupe de travail sur les services de santé en français, *op.cit.*, note 11.

Le législateur a voulu responsabiliser chacun des RLISS envers ses obligations en vertu de la LSF tout en ne voulant pas se dissocier des forces vives du milieu francophone en santé, d'où la mention des entités de planification des services de santé en français. Il ne s'agit pas là d'une erreur de la part du législateur, mais bien d'une volonté ferme de s'associer aux forces vives du milieu francophone, en santé. On ne doit pas donner l'impression que l'on repart à zéro, mettant de côté toute la richesse de l'expertise et du mailage acquis au cours des dernières années, voire bien au-delà.

Les fonctions d'une entité de planification de services de santé en français seraient multiples. Il est question ici de déterminer les besoins de la communauté francophone de la région. Ou encore de recommander la désignation partielle ou totale de certains services clés en identifiant les fournisseurs de services. Puis, il importe d'évaluer les plans de services de santé en français de ces fournisseurs de services afin d'aider le RLISS à accomplir sa mission. L'entité pourra aider le RLISS à identifier les ressources professionnelles manquantes et à élaborer des stratégies en vue de la formation et du recrutement. L'entité aura aussi comme fonction d'appuyer le ministère de la Promotion de la Santé dans ses stratégies de promotion de la santé auprès de la communauté francophone du territoire desservi, stratégies élaborées en fonction des besoins identifiés au préalable comme prioritaires. Bref, la liste n'est pas exhaustive.

Mais au bout du compte, un comité consultatif n'est tout simplement pas une entité de planification des services de santé en français.

18

Encadrement et ressources des entités de planification de services de santé en français

Or, même si la composition de ces nouvelles entités semble adéquate, ces comités demeurent à vocation consultative sans indication de ressources adéquates, ni de garantie de suivi de leurs recommandations. Une raison de plus de modifier le projet de règlement pour obtenir des entités de planification de services de santé en français. Les RLISS sont responsables de veiller au respect de la LSF puisqu'ils sont de nouveaux organismes gouvernementaux au sens de la Loi.

Cela dit, il est parfaitement plausible que, dans certaines régions comme à Toronto, il faille doter plusieurs RLISS d'une même entité de planification de services de santé en français. En effet, dans la seule région de Toronto, on ne dénombre pas moins de cinq RLISS couvrant l'ensemble du territoire. Or, les francophones se retrouvent dispersés géographiquement dans cet ensemble. Il est normal de penser que le seul foyer pour personnes âgées, à titre d'exemple, dessert ainsi la collectivité de l'ensemble du territoire de la grande région métropolitaine de Toronto.

L'avenir

On peut comprendre l'étonnement et la forte réaction communautaire au projet de règlement proposé. Mais depuis la consultation publique, qui prenait fin à la mi-novembre 2008, les échos laissent croire à un cheminement plutôt positif et encourageant à propos de ce projet de règlement, aux dires du premier ministre lui-même, l'honorable Dalton McGuinty : « Je vais continuer à travailler avec le ministre Caplan pour faire certain que nous protégeons les droits des francophones pour qu'ils puissent avoir un vrai rôle pour diriger les services sur lesquels ils dépendent dans le domaine des soins de santé⁴⁹. »

Le commissaire voit cette prise de position d'un très bon œil et espère fortement que l'on tiendra compte des différentes observations issues de la communauté et que l'on tentera d'y répondre en proposant un projet de règlement modifié et adapté en fonction des réels besoins de cette communauté. À cet effet, un groupe de travail a été mis en place afin de trouver une solution satisfaisante pour toutes les parties dans le dossier du projet de règlement sur l'engagement de la communauté francophone. Présidé par l'honorable Charles Beer et composé des représentants du MSSLD, de l'Office des affaires francophones, du Comité consultatif provincial sur les affaires francophones, du Conseil consultatif des services de santé en français ainsi que l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario, ce groupe se penchera, entre autres, sur le contenu du projet de règlement.

Conclusions

L'actuel projet de règlement est inconsistent avec la volonté du législateur exprimée dans la LISSL. Tel que stipulé dans l'article 16, la loi parle d'entités de planification des services de santé en français et non de comités. Le projet de règlement doit être précis quant au rôle de ces entités et quant à la structure de gouvernance qui permettra à ces entités de réaliser leur mandat. Il est donc clair pour le commissaire que l'on doit modifier le projet de règlement afin de faire référence aux entités de planification comme prévu par la lettre et l'esprit de la LISSL.

RECOMMANDATION

Recommandation 4

Le commissaire recommande au ministre de la Santé et des Soins de longue durée de modifier le projet de règlement afin de revenir au libellé de la LISSL et de prévoir de réelles entités de planification de services de santé en français, pour chacun des RLISS ou pour des regroupements de RLISS.

⁴⁹ Propos recueillis par Christian Noël dans le cadre d'un reportage radiophonique diffusé à Radio-Canada Ontario, intitulé *Les Franco-Ontariens auront leur mot à dire dans la gestion des soins de santé dans leur province*, diffusé le 6 janvier 2009.

Planification et gouvernance

Depuis longtemps, « les francophones, même bilingues, doivent avoir accès à des services en français parce que la langue maternelle, qui constitue la base du développement de la personnalité et permet le plus facilement d'exprimer ses besoins et ses sentiments, revêt une très grande importance dans la relation entre la personne ou l'institution qui prodigue les soins et la personne qui les reçoit⁵⁰. » On en parlait en 1975 et c'est encore vrai aujourd'hui.

Les organismes et autres institutions œuvrant dans le domaine de la santé jouent un rôle de première ligne dans la livraison des services de santé en français. La nouvelle LISSL et la création des RLISS ne changent pas cette donne importante. Ce que la LISSL devrait apporter par contre, c'est davantage de contrôle local des priorités dans le domaine de la santé. Le présent chapitre porte sur les aspects de planification entre les différents acteurs gouvernementaux et les acteurs qu'ils desservent.

3.1 Liaison entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et les RLISS

3.1.1 Création et rôle de la Direction de la liaison avec les RLISS

Voir à la création de 14 nouvelles sociétés mandataires de la Couronne qui doivent chacune chapeauter d'énormes fonctions auparavant effectuées par les fonctionnaires du ministère n'est certes pas une tâche facile.

Pour faciliter et assurer une meilleure transition, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé, en 2007, la Direction de la liaison avec les RLISS pour intervenir auprès de ces derniers. Cette direction est donc une branche du ministère qui agit à titre d'intermédiaire entre le MSSLD et les RLISS. Son rôle est d'assurer une coordination et une relation constante entre le ministère et les réseaux, ainsi que de voir à ce que les obligations de la LISSL soient respectées des deux côtés.

À l'intérieur de cette direction se trouve un autre bureau, soit celui des services en français (BSSF)⁵¹. Ce bureau voit principalement à la mise en œuvre des services de santé en français tant auprès du ministère qu'auprès des RLISS. Il joue donc un rôle d'intendant en conseillant le ministère sur l'intégration des services en français dans le système de santé.

À l'origine, le MSSLD a mis cette structure en place afin de garder un œil sur le travail des RLISS. En créant ces deux bureaux, le but recherché était que les RLISS allaient être supervisés dans leurs nouvelles tâches en obtenant le soutien et les ressources nécessaires à leur mise en œuvre. Cependant, cela s'est avéré tout autrement. Le Bureau des services de santé en français, qui ne relève plus de la Direction de la liaison avec les RLISS⁵², aurait dû être en mesure de bien entourer, encadrer et soutenir les RLISS dans l'intégration et la planification des services de santé en français, notamment avec les communautés. Or, le commissaire constate que les RLISS n'ont pas bien saisi, dès leur création, leurs obligations en vertu de la LSF. Il en était du rôle de la Direction de la liaison avec les RLISS d'y voir.

Le commissaire reconnaît toutefois que les 14 RLISS nouvellement mis en place subissent d'énormes pressions, sans compter que ces organisations connaissent un fort roulement de personnel. À la demande du MSSLD, la firme KPMG a analysé l'efficacité de la transition et la dévolution de pouvoir entre le ministère et les RLISS nouvellement créés. La firme a rendu son rapport final le 30 septembre 2008⁵³. Il est tout au crédit du MSSLD d'avoir mené un tel exercice, question de pouvoir ajuster le tir en conséquence alors que nous sommes encore en période prolongée de transition⁵⁴.

Le rapport indique ceci, dans une section traitant de l'engagement de la collectivité:

« En outre, les RLISS sont intervenus très activement dans le domaine de la planification en élaborant des PSSI [Plan de services de santé intégrés] et en mettant sur pied différentes structures de planification dans leur région sociosanitaire. Grâce à la mise en œuvre de ces PSSI, les RLISS ont créé une multitude de réseaux de planification, de groupes consultatifs, de conseils, de zones de planification, etc. dont ils se servent à des degrés divers. Certaines de ces structures sont dotées de pouvoirs décisionnels, d'autres ont des calendriers fixes à respecter et sont tenues de formuler des recommandations. Enfin, quelques-unes sont permanentes et fournissent des conseils et des commentaires.

19

⁵⁰ Dubois, Jacques et al. *Pas de problème - Rapport du Comité d'action sur les services de santé en français*, Toronto, ministère de la Santé de l'Ontario, 1976.

⁵¹ Le BSSF a été créée au début des années 80 avant l'entrée en vigueur à la fois de la LSF et la LISSL.

⁵² Suite à une large restructuration du gouvernement et la création de grappes de services en français, la Direction de la liaison avec les RLISS a été transférée à la Division des services directs et ministériels.

⁵³ KPMG, *MOHLTC-LHIN Effectiveness Review Final Report*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, septembre 2008. Ce rapport est disponible uniquement en anglais sur le site Web du ministère : http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/effectiveness_review_report.html (page consultée en mars 2009).

⁵⁴ Les RLISS ont été mis en place en 2005.

Il est intéressant de signaler que les RLIS se sont beaucoup occupés de planification. Toutefois, par suite du report de la publication de la Stratégie provinciale et du fait qu'ils sont toujours en train de se familiariser avec les besoins de leur région, la hiérarchisation de la fonction de planification et des organismes de planification n'a pas été suffisante. Les RLIS doivent classer leurs activités par ordre de priorité et mettre en équilibre, d'une part, les priorités de la province et, d'autre part, les besoins locaux en matière de priorité. Ainsi, ils devraient pouvoir axer davantage de ressources sur la transformation du système⁹⁵. » [Traduction]

En conséquence, la firme recommande que les RLIS priorisent ou éliminent tout simplement certains engagements de la collectivité. On peut dès lors mieux comprendre les tensions évidentes des RLIS de tenter de plaire à tous. Et lorsque les besoins se font aussi criants, il est évidemment tentant de laisser aller le respect de l'engagement de la collectivité francophone, au profit d'autres priorités plus vocales ou qui semblent plus pressantes.

À la différence que, pour les communautés francophones, l'engagement provient de l'Assemblée législative même. Trop souvent, les besoins de la collectivité francophone se font occulter par ceux de la majorité. Voilà pourquoi le législateur a été si prudent en stipulant des obligations législatives à savoir que les RLIS doivent absolument engager la communauté francophone de leur région géographique et que l'un des moyens pour y parvenir est via des entités de planification de services de santé en français.

3.1.2 Imputabilité

Les RLIS, de par leur nature et leur rôle, sont imputables au gouvernement et doivent justifier leurs décisions, tant budgétaires qu'administratives, par les résultats obtenus en fonction des priorités établies par le ministère. Pour satisfaire cette obligation, le ministère conclut une entente spécifique avec chaque RLIS.

Chaque RLIS doit s'assurer non seulement de la disponibilité des services de santé en français, mais aussi que les besoins des francophones soient pris en considération dans la planification du système de santé local, c'est-à-dire au sein du territoire qu'il dessert. Cette tâche est particulièrement difficile en l'absence de données fiables et d'interlocuteur représentatif puisque les entités de planification prévues par la Loi ne sont pas encore constituées.

Malgré ces lacunes, les RLIS tout de même doivent engager, financer et intégrer les services de santé dans leur zone géographique prescrite. Ils identifient également les fournisseurs de services de santé pouvant offrir des services en français et recommandent la désignation de ces derniers au MSSLD. En effet, c'est aux RLIS de revoir les plans de désignation et de faire les recommandations au MSSLD pour la désignation totale ou partielle des fournisseurs de services de santé en vertu de la LSF. Il revient également aux RLIS d'évaluer les capacités sur le plan des ressources humaines de leurs fournisseurs de services de santé afin d'améliorer l'accès et l'accessibilité des services de santé offerts aux francophones.

Seuls, les RLIS n'y parviendront pas. Voilà pourquoi le législateur a justement prévu que les entités de planification de services de santé en français puissent aider les RLIS à accomplir leur mission.

Il n'est pas clair à ce stade de développement quel modèle de gouvernance, incluant les politiques, mécanismes et procédures, sera mis en place pour satisfaire cette obligation d'imputabilité envers la population ou encore quels seront les recours offerts aux citoyens qui désireront porter plainte et obtenir des justifications ou modifications aux décisions prises par chaque RLIS.

Les RLIS sont également imputables envers les communautés qu'ils desservent et devraient pouvoir justifier publiquement, sans équivoque, les décisions qu'ils prennent. Les RLIS ne sont pas tenus de suivre toutes les recommandations de leur entité de planification de services de santé en français. Mais le RLIS doit être capable d'expliquer son action tout comme son inaction. Si un service n'est pas disponible dans la région en raison d'un manque de personnel bilingue par exemple, le RLIS doit être en mesure de présenter son plan de formation, son plan de recrutement de personnel et son plan de rétention.

⁹⁵ KPMC, op. cit., p. 44.

3.1.3 Évaluation de la performance

Le MSSLD s'appuie sur une approche tripartite pour évaluer la performance des fournisseurs offrant des services de santé en français: le cadre de son processus de planification annuelle, le cadre de rendement du ministère et des RLISS et enfin, celui entre les RLISS et les fournisseurs de services.

Tous les ans, le ministère rend compte des services offerts en français en fonction de son plan de gestion axé sur les résultats. Ainsi, il soumet un rapport au Conseil du Trésor en relation avec les résultats obtenus sur l'accessibilité des services, l'engagement de la communauté, l'intégration et la participation des francophones.

Ces résultats sont établis en fonction du pourcentage des programmes et divisions qui ont intégré les besoins et pris en compte les préoccupations de leur clientèle francophone dans leurs procédés opérationnels, en fonction du nombre de postes désignés pourvus ou encore en fonction du pourcentage des RLISS se trouvant dans une région désignée qui disposent d'une répartition adéquate des fournisseurs de services de santé en français. Ces données recueillies auprès des RLISS servent d'indicateurs clés de rendement et permettent au ministère d'évaluer la performance du RLISS en matière des services en français.

Le MSSLD et les RLISS doivent s'assurer que, dans les régions désignées, les services de santé en place pour la communauté francophone soient des services de qualité. Cette responsabilité est explicitée dans la LISSL en ce qui concerne la responsabilité spécifique du MSSLD et des RLISS. À l'article 5, il est précisé que les RLISS doivent :

« [...] veiller à ce que le système de santé local soit doté de processus appropriés pour répondre aux préoccupations de la population au sujet des services qu'elle reçoit; évaluer et surveiller le rendement du système de santé local et de ses services de santé, y compris l'accès à ces services et leur utilisation, leur coordination, leur intégration et leur rentabilité, et faire rapport à ce sujet au ministre et en assumer la responsabilité devant lui⁵⁶. »

Les RLISS sont des organismes gouvernementaux au sens de la LSF. Ils doivent faire respecter les services en français dans la zone géographique qu'ils desservent. Ce sont eux qui sont imputables au sens de la LSF et auprès de la population francophone.

Comme toutes les agences de la Couronne, les RLISS contribuent au Rapport sur les plans de gestion axés sur les résultats que le MSSLD doit produire annuellement, en vue de l'obtention des crédits. Quant aux services en français, quatre grands axes sont en évidence⁵⁷.

Il incombe également de prévoir des dispositions claires d'indicateurs de performance en matière d'excellence en services en français. Dans un domaine tel celui de la santé, la qualité des services offerts localement doit être placée à l'avant-plan. Malheureusement, l'actuel projet de règlement ne tient pas compte d'une telle mesure et le commissaire y voit une occasion ratée de renforcer l'imputabilité des RLISS.

Cependant, les mesures proposées par le ministère et incluses dans les ententes de responsabilisation sont davantage centrées sur les intrants (inputs) et les extrants (outputs) que sur des plans stratégiques et opérationnels élaborés à partir des besoins réels de la population identifiés par celle-ci. Ces mesures ne renseignent pas sur les résultats tels l'amélioration de la santé des francophones.

Présentement, dans le cadre des ententes de responsabilisation, il est exigé des organismes de fournir un survol de leur plan de service pour l'année financière suivante, un rapport sur les actions prises pour améliorer l'intégration des services, une analyse situationnelle incluant les défis et obstacles ainsi qu'une évaluation de la performance pour l'exercice financier précédent. Les RLISS n'effectuent aucun suivi pour s'assurer que les services en français sont réellement offerts par les fournisseurs qui s'y sont engagés.

Déterminer un index d'accessibilité à partir du nombre de postes désignés bilingues dans une institution ne garantit pas non plus que le citoyen reçoive un service en français au moment voulu. D'autres facteurs entrent en ligne de compte comme les spécialités des employés et leur répartition. Pour vraiment assurer l'accessibilité, il faudrait exiger que chaque institution fasse un inventaire des services qu'elle offre et prenne des mesures concrètes pour s'assurer de les offrir en français. Il ne s'agit pas d'engager plus de personnel, mais plutôt de voir à une répartition adéquate et à une disponibilité de celui-ci.

⁵⁶ LISSL, art. 5.

⁵⁷ Le premier concerne la capacité d'offrir activement des services en français équivalents à ceux offerts en anglais. Ceci s'applique également aux services électroniques ou par le biais de partenariats. Le deuxième axe touche à la connaissance à la fois par le public et par les employés du gouvernement, de la Loi et de ses implications pour la prestation de services. Le troisième axe porte sur l'intégration des obligations législatives en matière de services en français dans le cadre du développement des plans stratégiques, des mécanismes de prise de décisions,

ainsi que dans toutes les activités de transformation et de modernisation du gouvernement. Enfin, le quatrième axe repose sur la participation des francophones à toutes les activités de consultations publiques ainsi que de leur représentation équitable à l'intérieur des conseils d'administration des commissions, agences ou comités créés par le gouvernement. Pour plus d'information, vous pouvez consulter le premier Rapport annuel 2007-2008 du Commissariat aux services en français, au chapitre 4 (4.2.1. Analyse critique) au : http://www.csf.gouv.on.ca/files/4606_Fre_final_02Low-res84.pdf

La détermination de ces index repose trop sur des facteurs numériques plus ou moins significatifs sans qu'on exige le développement d'un plan stratégique et opérationnel pour améliorer la performance et le résultat portant sur la santé de la population.

De plus, puisque les résultats sont déterminés à partir de rapports subjectifs préparés par des administrateurs et qu'il n'existe pas, à la connaissance du commissaire, de vérification indépendante de la qualité des services offerts et de la capacité linguistique des fournisseurs de services, il s'ensuit que les résultats sont peu probants.

3.2 Liens entre le MSSLD et la population francophone de l'Ontario

Pour conseiller le ministre de la Santé et des Soins de longue durée sur les questions relatives à la prestation de services de santé aux communautés francophones ainsi que sur les priorités à intégrer au plan stratégique provincial à l'égard de ces collectivités, la LISSL prévoit la création d'un « conseil consultatif des services de santé en français »⁵⁸, ce qui a été fait en novembre 2007. Par règlement, les membres doivent être choisis parmi une liste précise d'organismes représentatifs de la communauté francophone⁵⁹.

3.2.1 Importance des données dans la planification

Pour bien desservir son client, encore faut-il le connaître davantage. C'est ainsi dans toutes les sphères d'activité humaine et il en va de même dans le domaine de la santé. La collecte des données sur la santé de la population est un défi de tous les instants. Chaque année, des millions de dollars sont attribués spécifiquement à la recherche, à la compilation de données statistiques et à leur interprétation. La collecte de données fiables est essentielle à toute planification des services de santé. Mais cette collecte n'est certes pas facile à réaliser, que ce soit pour la recherche en santé mentale ou des habitudes de comportements des populations comme les personnes souffrant de diabète, pour ne prendre que divers exemples.

Cette collecte des données peut se faire de plusieurs façons. L'interprétation de données statistiques, via notamment l'Enquête santé Canada⁶⁰ en est une. Il est également possible d'utiliser de la donnée estimée qui consiste en des groupes témoins, des sondages auprès de certaines de populations cibles ou encore des rencontres communautaires.

Malheureusement, on compte très peu d'études sur l'accès aux services de santé en français et ceci est dû en grande partie au fait que peu de données sont disponibles dans les diverses banques de données provinciales sur la prestation des services de santé en français. En effet, puisque les établissements de santé n'ont pas l'obligation de comprendre la variable linguistique lors de l'inscription des usagers de leurs services, peu de données existent sur la consommation réelle des services de santé par les francophones. Qui plus est, le MSSLD n'a pas réellement réussi à intégrer la composante francophone dans ses plans de recherche au fil des ans.

Les spécificités⁶¹ sont primordiales lorsque vient le temps de planifier sur une base régionale et locale les ressources adéquates en matière de santé en tenant compte de la langue. La langue du patient francophone doit être une caractéristique, voire une particularité, prise au premier plan dans un service de santé. Le français ne doit pas être une barrière linguistique lors d'un traitement médical pour un patient francophone.

On peut comprendre que les RLIS soient encore très jeunes et qu'ils n'aient pas encore développé le réflexe de bien connaître les besoins de la population francophone en santé. Il n'empêche que la LSF est en vigueur, dans la très grande majorité des régions désignées, depuis 1989. L'inaction en ce domaine entraîne également des conséquences. **Le manque de données fiables ne permet pas de planifier des solutions appropriées aux problèmes de santé particuliers des communautés francophones de l'Ontario.**

⁵⁸ LISSL, par. 14(2).

⁵⁹ Le Règlement de l'Ontario 162/07 permet la création du Conseil consultatif des services de santé en français. Parmi les membres, on y retrouve l'Alliance des réseaux ontariens de santé en français, l'Assemblée de la francophonie de l'Ontario, l'Association française des municipalités de l'Ontario, la Fédération des aînés et retraités francophones de l'Ontario, le Groupe francophone de l'Association des centres de santé de l'Ontario, le Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario et l'Union Provinciale des Minorités Raciales et Ethnoculturelles Francophones de l'Ontario. Disponible en ligne : <http://www.pas.gov.on.ca/scripts/fr/BoardDetails.asp?boardID=141560> (page consultée en mars 2009).

⁶⁰ Enquête santé Canada fournit des données sur le mode de vie et la santé des Canadiens, qui complètent les bases de données administratives existantes. Utilisées notamment par les gouvernements provinciaux pour exercer un contrôle sur le niveau de santé de la population et pour l'exécution de politiques et de programmes, ces données servent également les universités et les pays étrangers à effectuer des recherches et des études de comparaison.

⁶¹ Picard et Allaire (dir.), *op. cit.*, p. 136. On les mentionne notamment dans le rapport de 2005 de l'Institut franco-ontarien qui dresse un portrait régional quant aux caractéristiques propres et des besoins spécifiques des francophones de la province.

3.3 Liens entre les RLISS et les communautés francophones

Un RLISS qui ne suivrait pas toutes les recommandations de son entité de planification de services de santé en français devrait être capable de justifier sa décision en conformité aux objectifs de la *Loi de 2006* et de la *Loi sur les services en français*. Prendre une décision est une chose, mais d'en rendre compte publiquement en est une autre. Si le RLISS n'est pas en mesure de justifier sa décision administrative, alors il y aurait une dérogation quant au respect des mandats prévus dans les deux lois. C'est en ce sens que le commissaire voit un manquement dans le projet de règlement. De plus, il est bien clair que de rapporter des choix administratifs dans le cadre de l'exercice d'un rapport annuel pour les RLISS est nettement insuffisant. D'autres mesures d'imputabilité doivent être mises en place pour rassurer notamment la population francophone du respect des lois, incluant celle sur les services en français. Par exemple, le projet de règlement devrait prévoir au moins une rencontre annuelle, avant toute prise de décisions sur le plan de la planification de services de santé. Cela apparaît être un minimum pour le commissaire puisqu'il serait inacceptable qu'un organisme gouvernemental, comme le RLISS, ne puisse être capable de justifier un choix allant à l'encontre des recommandations de son entité de planification de services de santé en français.

3.4 Les coordonnateurs des services en français

Les RLISS n'ont jamais bien compris leurs responsabilités en matière de services en français. Là-dessus, le MSSLD n'a pas bien réussi à expliquer et surtout à bien encadrer les RLISS afin qu'ils puissent respecter leurs nouvelles obligations en matière de services en français.

Les RLISS doivent comprendre d'une façon claire et sans équivoque leurs nouvelles obligations en matière de services de santé en français. Cela commence par l'adoption d'un règlement tout aussi clair en ce sens. Le MSSLD doit aussi appuyer davantage les RLISS, tant au niveau des ressources humaines qu'au niveau structurel.

Dans le cadre des consultations publiques entourant le projet de règlement à l'automne 2008, le commissaire avait suggéré de prévoir, pour chaque RLISS, des **coordonnateurs des services en français**. Chaque RLISS jouit, en moyenne, de 23 employés à temps plein, dont environ sept qui sont dédiés au volet planification, intégration et engagement de la collectivité⁶².

Après analyse, le commissaire en fait maintenant une recommandation. La personne choisie doit être de niveau cadre supérieur, voire un haut gestionnaire. Le poste doit naturellement être désigné bilingue. Ce poste serait idéalement le poste de directeur, volet planification, intégration et engagement de la collectivité.

Dans son premier rapport annuel, le commissaire a fortement insisté qu'il est de toute première importance de penser aux services en français dès la conception des politiques, programmes, services et produits. L'article 13 de la *Loi sur les services en français* prévoit qu'un coordonnateur des services en français soit nommé au sein de chaque ministère. La volonté du législateur de s'assurer que les coordonnateurs puissent avoir accès directement à leur sous-ministre respectif devait faciliter ce travail de planification, de liaison interne et de suivi. Dans le cas en l'espèce, si le coordonnateur participe activement au processus de planification stratégique de chaque RLISS, il sera alors plus aisé de pouvoir intégrer l'idée de services en français utiles et efficaces pour le bien-être des communautés francophones de la région desservie par le RLISS.

⁶² KPMG, *op. cit.*, p. 64.

La responsabilité première du coordonnateur des services en français au sein du RLISs consisterait à superviser l'intégration des services en français dans la stratégie à court, moyen et long terme du RLISs. Les coordonnateurs joueraient ainsi un rôle de consultation des besoins et priorités ainsi que de liaison, tant du côté du ministère que de celui des communautés francophones. De plus, en ayant une personne qui ait accès directement au chef de la direction, cette personne sera en position d'influence auprès de la conception des orientations stratégiques du RLISs.

L'activité principale du coordonnateur des services en français au sein de chaque RLISs consisterait à assurer le suivi aux activités de l'entité de planification de services de santé en français. Ce nouveau rôle devra aussi être décrit dans le projet de règlement.

Conclusion

Les instances de la santé doivent être responsabilisées quant à leurs obligations et responsabilités en matière de services de santé en français. **Il est nécessaire de mettre en place un processus de reddition de compte spécifique et public pour assurer le respect des obligations du système de santé en matière d'accès et de qualité des services de santé en français.**

Un cadre de responsabilisation assurant la surveillance globale et l'imputabilité doit être mis en place pour garantir l'accès à des services en français de qualité. On ne pourra mesurer adéquatement les progrès accomplis que si les attentes sont claires, des indicateurs de performance sont en place et que des rapports de suivis sont produits.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 5

Le commissaire recommande que des principes de gouvernance soient développés en partenariat avec la communauté francophone et que ceux-ci soient rendus publics et soumis à une consultation publique.

Recommandation 6

Le commissaire recommande que davantage d'emphasis soit mise sur l'identification des besoins réels de la population francophone puis que les mesures de performance et les résultats soient validés par la population cible et évalués par des instances indépendantes.

Recommandation 7

Le commissaire recommande que les structures organisationnelles des RLISs soient modifiées afin de prévoir l'ajout d'un poste de coordonnateur des services en français au sein de chaque RLISs. Ce poste doit être occupé par un haut gestionnaire.

Plaintes en matière de services de santé en français

Le citoyen francophone se trouve souvent perdu dans les dédales du système lorsque vient le temps de déposer une plainte en raison de la complexité du système de santé. Il doit savoir qu'il peut, comme tout autre membre de la population, porter plainte auprès d'un établissement de santé concernant l'accessibilité ou la qualité des services de santé en français reçus ou non. L'objectif derrière la plainte est primordial car il sert de mécanisme de rétroaction directe à propos d'un service public et vise son amélioration. Malheureusement, le citoyen est peu informé de ses droits linguistiques. Les fournisseurs de services ont une responsabilité, tout comme les RLSS et les ministères.

4.1 Utilité de la plainte

Porter plainte est un geste constructif quand il s'agit d'assurer le respect des droits des usagers. C'est le moyen le plus efficace de faire valoir son mécontentement et son insatisfaction par rapport à une absence de services en français ou un manque de qualité de ces derniers. Celui qui porte plainte contribue à l'amélioration de la qualité des services de santé en français, puis responsabilise les organismes prestataires de ces services ainsi que ceux qui les mandatent.

4.2 Déposer sa plainte

Le citoyen peut déposer directement des plaintes auprès des établissements de santé, que l'on nomme également les fournisseurs de services. Il a aussi le loisir de s'adresser à son RLSS ou encore aux ministères, selon la situation. En tout temps, le citoyen peut recourir au Commissariat aux services en français.

4.2.1 Établissements de santé (fournisseurs de services)

Il existe toute une gamme de services offerts par une myriade d'organisations – des hôpitaux, des centres de santé communautaires, des foyers et maisons de soins de longue durée, des équipes de santé familiale, etc. – ou par un professionnel de la santé. Quotidiennement, il se pose des milliers de gestes par des milliers de personnes appartenant à une kyrielle d'organismes. Il s'ensuit qu'il est plausible qu'il y ait des manquements. La plainte qui en découle est probablement la plus commune et vise l'accès ou la qualité d'un service reçu ou non, en tant qu'individu, de la part d'un fournisseur de services de santé tel qu'un hôpital, un centre de santé communautaire, etc.

La très grande majorité des établissements de santé ont en leur sein un genre d'ombudsman, une personne attitrée pour recevoir les plaintes des patients et qui tentera de les régler. Il importe de chercher à **responsabiliser d'abord cet établissement quant aux services en français qui lui incombe**. Lorsque l'établissement a été désigné, partiellement ou en totalité, ou encore qu'il a été identifié comme devant livrer des services de santé en français, le patient doit savoir qu'il peut porter plainte auprès de cet établissement.

Malheureusement, le citoyen connaît mal ses droits linguistiques. Qui plus est, ce n'est pas lorsqu'il est malade et vulnérable qu'il voudra revendiquer ses droits, alors que justement, on doit s'assurer que l'on pose le meilleur diagnostic possible afin de proposer les meilleurs traitements possibles. Il faut donc bien comprendre le patient. Il importe de s'assurer que, lorsque le patient donne son consentement éclairé sur les traitements proposés, il en a bien compris la portée exacte.

Le gouvernement ainsi que les RLSS ont un rôle important à jouer en s'assurant que les fournisseurs de services font connaître aux patients la possibilité de porter plainte concernant un manquement à un service en français. Encore une fois, il s'agit d'imputabilité et de transparence.

Si la plainte concerne un professionnel qui pratique dans un établissement de santé, tel qu'un médecin, un dentiste, un pharmacien ou un médecin résident, le commissaire l'acheminera soit à l'institution concernée soit à l'ordre professionnel et en informera le plaignant.

Les cabinets privés de médecins, de dentistes ou d'autres professionnels de la santé ne sont pas assujettis à la *Loi sur les services en français*. Le citoyen peut toujours s'adresser directement à l'ordre concerné.

Il pourra cependant arriver que l'établissement en question ne soit pas en mesure de recevoir une plainte concernant une allégation d'un manquement à la LSF ou bien que la réponse obtenue ne soit pas entièrement satisfaisante. La plainte peut alors être acheminée au Commissariat afin de déterminer les circonstances et d'en prévoir les actions appropriées.

4.2.2 RLISS et ministères

Certaines plaintes individuelles peuvent se transformer en plaintes systémiques si elles sont récurrentes. Un citoyen ou un groupe de citoyens peuvent également porter plainte sur une panoplie de situations comme l'organisation des services ou la configuration du système de santé dans son ensemble. Ces plaintes visent généralement une organisation déficiente dans l'accès adéquat à des services de santé en français, un processus de reddition de compte lacunaire ou encore la gouvernance d'un établissement en particulier qui n'assure pas une représentativité adéquate de la communauté francophone.

Puisque le commissaire préconise une approche de responsabilisation des instances du système de santé, il recommande aux citoyens d'adresser leurs plaintes directement au RLISS ou au ministère concerné, tel le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou celui de la Promotion de la santé, à moins que l'organisme relève du gouvernement fédéral.

La plainte peut aussi être dirigée auprès du commissaire aux services en français. Le Commissariat pourra ainsi accomplir son travail en posant des questions d'ordre systémique directement à l'institution responsable.

En cas de doute, le citoyen peut toujours faire appel au Commissariat. L'équipe saura réacheminer la plainte, au besoin, et faire les suivis appropriés.

4.2.3 Commissariat aux services en français

Le citoyen doit garder à l'esprit qu'il peut déposer une plainte au Commissariat aux services en français en tout temps. Ce dernier jouit du pouvoir d'enquête en vertu de la *Loi sur les services en français* et est là pour traiter la plainte, promouvoir la qualité des services et s'assurer du respect des droits des citoyens en matière de services en français. Il fera appel au service de plaintes du fournisseur de services ou de l'ordre professionnel concerné et assurera le suivi de la plainte qu'il a reçue.

Toutes les institutions et organismes gouvernementaux doivent coopérer dans l'examen des plaintes faisant l'objet d'une enquête. Dans le domaine de la santé, les établissements désignés au sens de la LSF, font partie des organisations sur lesquelles le commissaire peut faire enquête. Il en est de même pour les RLISS qui répondent à la définition d'un « organisme gouvernemental » aux termes de la Loi. Le commissaire décidera de la recevabilité de la plainte après une collecte d'information et une analyse initiale et procédera en conséquence.

Il ne s'agit donc pas de rendre le système moins complexe, mais bien d'assurer que l'ensemble des intervenants du système assument leur responsabilité de continuité des services au citoyen afin que ce dernier puisse obtenir un service intégré et adapté à ses besoins, peu importe leur complexité. Comme tout autre citoyen de la province, le citoyen francophone doit s'attendre à recevoir des services en français de qualité⁶³.

Conclusion

Le citoyen doit s'attendre à ce que les responsables dans les établissements de santé reçoivent sa plainte. Il doit s'attendre à ce que sa plainte soit examinée pour bien cerner le problème et qu'il y ait des efforts pour tenter de le résoudre. Le plaignant doit s'attendre à être informé des résultats de l'enquête sur sa plainte.

Les conclusions de l'enquête doivent être accompagnées des solutions qui ont été envisagées pour résoudre le problème ou des mesures correctives qui ont été recommandées aux personnes en cause. Enfin, le citoyen doit s'attendre à ce que sa plainte soit traitée en toute confidentialité. **Le commissaire encourage le public à participer activement, à s'impliquer et à se faire entendre s'il n'est pas satisfait de la qualité des services en s'adressant soit à l'institution concernée ou au Commissariat.**

RECOMMANDATION

Recommandation 8

Le commissaire recommande au gouvernement que des directives claires soient émises aux RLISS afin que, dans le cadre des mesures d'imputabilité et d'évaluation de performance, la procédure à suivre pour porter plainte lorsque le citoyen se sent lésé en matière d'accès et de qualité de services en français de la part d'un fournisseur de services, soit claire et conviviale pour le citoyen.

⁶³ Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé définit cette qualité, entre autres, par un système accessible, équitable et axé sur le patient. Pour plus de détails : http://www.ohqc.ca/fr/strategic_plan.php (page consultée en mars 2009).

CONCLUSION

Conséquences de l'inaction

Les conséquences de l'inaction sont majeures pour la population francophone. Si rien n'est fait pour améliorer la prestation des services de santé en français, c'est le citoyen francophone qui s'en trouvera directement perdant voyant sa santé affectée. Les conséquences auront également des répercussions importantes pour le système de santé ainsi que pour les professionnels de la santé. Ces conséquences engendrent inévitablement des inefficacités et des inefficiences coûteuses qu'on ne peut se permettre dans un contexte de pénuries des ressources. Les professionnels de la santé vivent au quotidien les effets négatifs des barrières linguistiques et culturelles sur la qualité des services qu'ils souhaitent voir toujours à la hauteur de leur engagement professionnel. L'on pourrait se heurter à une absence de la qualité des soins de santé combinée à une surcharge de travail pour le personnel médical francophone, donc une augmentation du nombre d'heures supplémentaires, tout ceci amenant des coûts importants reliés à l'inefficacité pouvant conduire même parfois à l'absentéisme.

L'accès à des services de santé en français est donc clairement un enjeu de qualité de services qui devrait interpeller tous les intervenants du système de santé. Il y a encore beaucoup à faire pour améliorer la santé et le mieux-être de la population franco-ontarienne et en arriver à un niveau de santé et une qualité de vie comparables à ceux de l'ensemble de la population ontarienne. Il y a encore surtout beaucoup à faire pour assurer aux francophones un accès adéquat à des services de santé de qualité.

L'accès à des services de santé en français ne doit pas être traité comme un enjeu isolé ou une fonction distincte par les instances de la santé. C'est un élément fondamental qui doit être intégré dans les dimensions cliniques, organisationnelles et systémiques de l'organisation des services de santé en Ontario.

Le système de santé de l'Ontario est résolument axé sur des principes de qualité des services et le commissaire désire que les instances de ce système reconnaissent que ces principes s'appliquent à l'accessibilité des services fournis de manière compétente sur les plans linguistique et culturel.

Il reconnaît que des changements importants s'imposent et que ces changements seront graduels. Toutefois, le commissaire croit fermement que l'amélioration du système en matière de services de santé en français passe obligatoirement par une implication active de la communauté francophone. Celle-ci doit continuer de contribuer au processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques gouvernementales dans un esprit de compréhension, d'échange et de dialogue. Il est important qu'elle puisse comprendre les motivations et les priorités gouvernementales pour lui permettre de bien faire valoir ses besoins et ses caractéristiques propres. C'est ce dont le ministère doit s'assurer également.

Enfin, les conséquences de l'inaction sont dramatiques pour les citoyens francophones malades et vulnérables qui doivent subir, en plus de leur maladie, les conséquences d'être incompris par des intervenants et un système qui ont pour mission de soulager leur douleur et les aider à vaincre, lorsque possible, la maladie. C'est pourquoi le commissaire invite la communauté francophone, le gouvernement et les instances du système de santé à une concertation urgente et sans précédent pour améliorer la santé des citoyens francophones avant tout.

LISTE DES ACRONYMES

BSSF – Bureau des services de santé en français
CASC – Centre d'accès aux soins communautaires
CCCFSM – Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire
FCFA – Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada
LISSL – Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local
LSF – Loi sur les services en français
MPS – Ministère de la Promotion de la santé
MSSLD – Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
RLISS – Réseaux locaux d'intégration des services de santé